Kasuistische Beiträge zu der Lehre von den Psychosen im Kindesalter und im Beginn der Pubertät.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Heinrich Ehlers

Assistenzarzt.

ACAD. LAND. RAT BIBL.

LEIPZIG.
Druck von Emil Lehmann
1909.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 23. Oktober 1909.

Referent: Herr Geheimer Rat Prof. Dr. Flechsig.

Nach Emminghaus [1]) und Gottgetreu [2]) wurden die ersten Beobachtungen über Fälle von Irresein bei Kindern (abgesehen von Idiotie und Kretinismus) durch Greding, Perfekt u. s. w. am Ende des 18. Jahrhunderts veröffentlicht, ihnen schlossen sich Anfang des 19. Jahrhunderts kasuistische Beiträge von Jördens, Behrend u. s. w. an. Unter dem Einfluß seiner Lehre glaubte noch Heinroth [3]), da nach den bis dahin bekannten „Facta der Kinderpsychosen besonders die der vermeintlichen Manie nicht genau und vollständig genug geschildert wären", davor warnen zu müssen, „die höchsten Grade der eigenwilligen, halsstörrischen, unbändigen Ungezogenheit — der Folge grenzenloser Verziehung — mit Manie zu verwechseln." Die Folgezeit brachte indessen den Beweis, daß es wohl charakteristische Kinderpsychosen gibt. Die Literatur darüber ist namentlich in den letzten Jahren in der Zunahme begriffen und liegen in der deutschen Literatur bereits zwei ausführliche Monographien „Ueber die Geisteskrankheiten im Kindesalter" vor, eine von Emminghaus, die andere von Ziehen [4]), mit umfassender

[1]) Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters, Tübingen 1887 S. 14/25.

[2]) Gottgetreu, Beitrag zur Klinik der Kinderpsychosen. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie 1903 S. 666.

[3]) Heinroth, Esquirol's allg. u. spec. Pathologie u. Therapie der Seelenstörungen. Frei bearbeitet von Hille-Dresden 1827. S. 551.

[4]) Ziehen, „Die Geisteskrankheiten des Kindesalters." Berlin 1902—06.

Zusammenstellung der erschienen Literatur. Aus der jüngsten Zeit sind insbesondere die Veröffentlichungen von Gottgetreu, Köhler[1]), Stransky[2]), Schönthal[3]), Friedmann[4]), Weygand[5]), Raecke[6]) und Voigt[7]) hervorzuheben. Immerhin bleibt die Tatsache bestehen, daß noch verhältnismäßig wenig Kinder in die Irrenanstalt gebracht werden. Zur Erklärung wird besonders von Kelp[8]) und Müller[9]) angeführt, daß das Irresein in diesem Alter als solches nicht oder erst spät erkannt oder auch verkannt wird, so daß z. B. mancher in früheren Lebensjahren erworbener Zustand von Irresein mit angeborener Geisteskrankheit verwechselt, und das betreffende Kind statt in die Irrenanstalt in ein Idiotenheim gebracht wird.

Eine weitere Ursache liegt aber gewiß auch darin, daß die allgemeine Abneigung, die auch heutzutage noch immer gegen die Benutzung der Irrenanstalten herrscht, besonders dann sich steigert, wenn es sich hierbei um ein Kind handelt. Infolge der häufig vorkommmenden Ueberfüllung der Anstalten glauben vielfach die Angehörigen, daß die Kinder

---

[1]) Köhler, Ueber kindl. Irresein. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie 1880 S. 474.

[2]) Stransky, Zwei Fälle von Kinderpsychosen. Zentralblatt für Psychiatrie 1908 S. 1185.

[3]) Schönthal, Beiträge zur Kenntnis der in frühen Lebensalter auftretenden Psychosen. Arch. f. Psichiatrie Bd. 23. S. 816.

[4]) Friedmann, Ueber primordiale menstruelle Psychosen. Münch. med. Wochenschrift 1894 Heft 1. S. 4.

[5]) Weygandt, Kritische Bemerkungen zur Psychologie der Dementia praecox. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1907 Bd. 22 S. 289.

[6]) Raecke, Katatonie im Kindesalter. Arch. f. Psych. 1880 S. 424.

[7]) Voigt, Ueber Fälle von Jugendirresein im Kindesalter. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1909 Bd. 66 S. 532.

[8]) Kelp, Psychosen im kindl. Alter. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. 1874 S. 75.

[9]) F. Müller, Beitrag zur Lehre von dem im Kindesalter entstehenden Irresein. Archiv für Psychiatrie. Bd. XIII. S. 193.

der ihnen doppelt nötigen Pflege dort nicht teilhaftig werden können. Andere Autoren nehmen an, daß die Kinderpsychosen wenn überhaupt, in der Regel von den Hausärzten behandelt werden, da selbst in ärztlichen Kreisen das Vorurteil noch verbreitet sei, daß Irrenanstalten zur Aufnahme geisteskranker Kinder überhaupt nicht geeignet seien. Für die Unterlassung der Anstaltsbehandlung der Kinder kommt weiter wohl auch noch in Betracht die meist fehlende, respektive geringe Gefährlichkeit, welche die geisteskranken Kinder für ihre Umgebung bilden. Aus allen diesen Gründen dürfte es sich wohl auch erklären, daß an der Brandenburgischen Landesirrenanstalt zu Eberswalde bei rund 5000 Aufnahmen in den letzten 20 Jahren nur 10 Fälle, die man zu den Kinderpsychosen rechnen kann, zur Behandlung gekommen sind. Allerdings sind die angeborenen Defektpsychosen (Idotie und Imbecillität) sowie die Epilepsie hierbei ausgeschlossen worden. Andererseits ist aber die Abgrenzung der Kindheitsperiode und demgemäß auch der entsprechenden Psychosen ziemlich weit gezogen entsprechend den Grundsätzen von Emminghaus, daß für die Entscheidung nur die „somatischen Eigenschaften der Entwicklung und die Differenzierung des Geschlechtstypus ausschlaggebend seien, daß alle Geistesstörungen bei solchen Knaben und Mädchen, die durchaus kindlichen Habitus böten, selbst wenn dieselben 16—17 Jahre alt sein sollten, zu den Kinderpsychosen gehörten.“ Bei den Mädchen hat man im allgemeinen an dem Eintritt der Menstruation einen Anhaltspunkt für den Beginn der Pubertät, schwieriger ist dagegen die Beurteilung bei Knaben; man wird hier unter den Fällen, welche sich bereits im Alter der beginnenden Puberität befinden, nur solche von ausgesprochen kindlichem Habitus berücksichtigen dürfen. Aber auch wenn man der Ansicht

ist, daß diese Fälle praktischer schon den Pubertätspsychosen zugerechnet werden, so dürfte die Besprechung einzelner solcher Grenzfälle, die zwar nach dem Lebensalter schon jenseits des Kindesalters stehen, in ihren somatischen und psychischen Erscheinungen aber im wesentlichen die dem Kindesalter charakteristischen Züge aufweisen auch an dieser Stelle nicht ohne Wert und Interesse sein.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen mögen nunmehr zunächst die einzelnen Krankheitsfälle folgen:

Fall 1.

If. geb. 10 VI. 93.

Am 16. I. 08 aufgenommen. Keine Heredität. Als Kind schwächlich, (skrophulös) von Jugend an Asthma. Mäßig gelernt, nur bis 3. Klasse gekommen. Seit Mitte Oktober 07 ängstlich, unruhig, konnte nicht schlafen und wurde sehr vergeßlich. (Ursachen: Gram wegen Tod der Mutter, Drohungen einer Frau, die mit Vater in Konflikt.) Naschte viel, zum Steineschleppen verwendet. Anamnestisch noch Folgendes erwähnt; versteckte sich unter dem Tisch, brachte dort die Nacht zu. Kinder seiner Schwester seien Schlangen aus Afrika; er fürchtet mit seinem Vater auf Kirchhof geholt und beerdigt zu werden. Antwortete zögernd leise, habe Angst, sei Sünder, weil er sich verlaufen habe. Versteckte sich hinters Bett. Vom 6. XII. 07—24. XII. 07 Charité, hier zuerst kaum in Bett zu halten, beruhigte sich allmählich, wurde zutraulicher, begann sich zu beschäftigen.

Bei Aufnahme: Mittelgroß 140 cm, grazil gebaut, schlecht ernährt, 32 kg. An hinteren Grenze des Schienbeines in der Mittellinie fingergliedgroße Delle. Pupillen weit, gleich, rund. Hutchinsonsche Schneidezähne. Leichte Conj. catarrhalis. Hinter linkem Ohr eine 5 cm lange verschiebliche, angebliche Operationswunde. Keine Pubes- und Achselhöhlenhaare, —

kindlicher Habitus. Sonst keine Besonderheit. Stark ängstlich gespannt, blieb immer wieder bei Antwort stecken, stöhnte, zappelte bei schwierigen Fragen vor deren Beantwortung ungeduldig mit Armen und Beinen. Ist bei Untersuchung sehr widerstrebend: läßt sich nicht messen, nicht mit Spatel in den Mund kommen und nicht auf Untersuchungstisch legen. Behauptet, der eine Arzt hätte ihn „mit Spiegel auf Kopf und Licht in die Augen geschlagen". Leidliche Intelligenz. Gewicht 32 kg.

23. II. 08, mittags etwa, Erbrechen, 12—3 Uhr nachmittags Asthmaanfall, keine Cyanose, 36^3, 36^5, 36^3.

24. II. Ueber linker Lungenspitze Knarren, über ganze Lungenspitze Giemen, pueriles Atmen, fühlt sich wieder ganz wohl.

9. III. Neckt Mitkranke, wird zudringlich.

14. III. besonders gegen einen Patienten,

17. III. den er schließlich auf den Hut schlägt.

27. III. Sehr verkehrt, renitent, ausfallend, knöpft z. B. im Tagesraum sich beständig die Sachen auf.

28. III. treibt beständig Unfug, versteckt sich bei Visite hinters Bett, unverschämt gegen Arzt.

30. III. Springt über Stühle, Betten, reißt Betten weg, faßt Mitkranke an Geschlechtsteile. Verhöhnt Wärter, springt um ihn herum, reizt ihn auf's äußerste.

31. III. Schwatzt, singt durcheinander. Frech gegen Arzt. Onaniert schamlos.

1. IV. Singt, pfeift, ärgert heftig Kranke und Wärter und faßt nach Genitalien von Mitkranken.

16. IV. Reizt weiter Patienten und Wärter auf's äußerste.

18. IV. Will einem Schlosser Schlüssel wegnehmen, stößt sich dabei und behauptet, er wäre geschlagen worden.

22. V. Stößt mit Kopf in Zeitung, schmiert mit Tinte.

18. V. Unfolgsam, kriegt unter Tische. Beschuldigt grundlos Kranke und Wärter ihn gekniffen zu haben usw.

19. V. Frech gegen Oberwärter: „ich kann mir doch unterhalten“ usw.

22. V. Schlägt Patient, will Kaffee wegnehmen.

6. VI. Neigt dauernd zu Unfug, stets leicht erregt, schreit hinter Arzt her, vielerlei Wünsche. Läßt sich nichts verbieten.

30. VI. Schwatzt viel, fragt täglich mehrfach nach seiner Entlassung, will beständig Briefe schreiben.

31. VII. Leichter Asthmaanfall. In letzter Zeit aber ruhiger und geordneter.

6. VIII. Als gebessert entlassen. 40 kg. Zunahme 8 kg.

Es handelt sich um einen Knaben, der es nur bis zur 3. Schulklasse gebracht hat, und dann mit „Steine schleppen“ beschäftigt wurde. Er verfiel seit Mitte November 1907 allmählich in einen Depressionszustand mit schreckhaften Visionen, Herabsetzung der Merkfähigkeit und Wahnvorstellungen. Nach Beobachtung in der Charité hielt dieser Zustand ungefähr bis Mitte Dezember an, von wo an Patient freundlich, lustig und zutraulich wird, keine Angst mehr hat und sich beschäftigt. Am 24. XII. 07 von seiner Gemeinde abgeholt. Nach vierwöchentlicher Remission wird er in hiesige Anstalt mit den gleichen Erscheinungen zugeführt, wird Ende Januar wieder zutraulich, bietet aber Anfang Februar Anzeichen eines hypomanischen Zustandes mit kindlicher Färbung: Bewegungs- und Beschäftigungsdrang, ausgelassen übermütige Stimmung, die schnell in Zornmütigkeit umschlägt, starke sexuelle Erregbarkeit, Geschwätzigkeit mit Andeutung von Ideenflucht, Neigung zu verkehrten, unsinngen Streichen, Nichtswürdigkeit und Renitenz.

Dieser Zustand hält 4 Monate an, bis eine derartige Besserung eintritt, daß Patient Anfang August 08 als gebessert nach Hause entlassen werden kann. Das Krankheitsbild ist wohl zu der Gruppe des „manischdepressiven Irreseins“ zu rechnen. Als unmittelbar veranlassende Ursachen können vielleicht der Gram um den Tod der Mutter und die täglichen Drohungen der mit dem Vater verfeindeten Frau heranzuziehen sein[1]). Wie die angestellte Katamnese ergeben hat, sind seit der Entlassung keine Zeichen von Geistesstörung mehr beobachtet worden. Patient ist Lehrling bei einem Hofschlächtermeister und hat sich bis jetzt „als ein nach jeder Richtung hin brauchbarer Mensch bewährt.“ Auffallend erscheint mir der Kontrast zwischen der Ana- und Katamnese, früher nur zum „Steine schleppen“ zu gebrauchen und jetzt „nach jeder Richtung hin brauchbar.“ Ich neige zu der Annahme, daß Patient schon in den letzten Schuljahren unter dem Einfluß der Krankheit gestanden hat, sonst aber von Haus aus ganz normal war. Durch diese Annahme wäre der Widerspruch in der Beurteilung seiner geistigen Leistungsfähigkeit, die eben während seiner geistigen Erkrankung als eine sehr schlechte und nach Ablauf der Krankheit als eine gute sich kundgibt, in ungezwungener Weise geklärt. Eine ähnliche Erfahrung hat auch Gordon[2]) bei einem 12jährigen Knaben gemacht.

Fall 2.

Ar. geb. 30. X. 79. Schulmädchen.

Am 8. VII. 1892 aufgenommen.

Vater war hier in der Anstalt wegen periodischen Irre-

[1]) Vgl. auch Mannheimer, Les troubles mentaux de l'enfance. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1900. Anh. 57.

[2]) Gordon, Jahresbericht 1902 S. 1087.

[1]) Vgl. Stransky, 2 Fälle von Kinderpsychosen. Fall II. Zentralblatt f. Psych. 1908 S. 1185.

seins. Gut entwickelt und gelernt. Hatte Masern, Scharlach, 2 mal Diphterie, fiel 6—7 jährig auf Steintreppe und verletzte sich oberhalb des linken Auges (2 Narben noch sichtbar). Noch nicht menstruiert. Seit Anfang Mai 91 heiterer Stimmung, Klagen über Kopfschmerzen, Weinen ohne Grund, planloses Umhertreiben bei den Nachbaren. Nach Morph. Remission von 8 Tage Dauer. Dann wieder Weinen, Angstgefühl, Umhertreiben, brüskes Geltendmachen von Wünschen und Forderungen. Sprache klar, deutlich, Gang langsam, wie schleppend, Bewegungen kräftig aber langsam. Bei den Angstzuständen rasches Umherlaufen im Zimmer, versuchte sich zum Fenster herauszustürzen, um von der Angst loszukommen. Heftig, wenn Wunsch nicht erfüllt, jedoch nicht gewalttätig. Ende Mai wesentliche Besserung. März 92 wieder weinerlich, forderte Lehrer auf Choräle zu singen, keine Lust zur Arbeit mehr, lief beständig dem Vater nach, konnte nicht zu Hause gehalten werden, will zum Fenster heraus. Schrie, tobte, neigte zu Gewalttätigkeiten, wenn sie nicht ihren Willen bekam. Im Vordergrund stehen: Weinerliche Stimmung, Drang zum Umherlaufen und Angstgefühl. Appetit mangelhaft, bei Nachbaren schlang sie alles hinunter, was sie bekommen konnte.

Schlaf schlechter. Depression, Erregung mit Angst, leichte sprachliche Hemmung.

In letzter Woche vor Aufnahme ruhiger und freier nach Angabe des Vaters: die Erregungen sollen mit Kopfschmerzen begonnen haben.

9. VII. 92. Aengstlicher Gesichtsausdruck, öfters aus dem Bett, weil sie sich vor den übrigen Kranken fürchte! Klare Auskunft über Ort und Zeit; schläft nach Paraldehyd gut.

11. VII. Macht schläfrigen Eindruck, Antworten erfolgen erst nach längerer Pause.

12. VII. Leicht müde und ablenkbar: Greift nach Uhrkette, Rockknöpfe, sieht neugierig dem Arzt ins Notizbuch, gibt schließlich meist richtige Antworten. Liest langsam aber mit Verständnis; gibt an Angst zu haben, Stimmen in Ohröffnungen zu hören, (ihren Vater und seine Wirtschafterin). Sporadisch Gehörstäuschungen. Bei allen Visiten gibt sie an, keine Angst zu haben und keine Stimmen mehr zu hören. Möchte gebadet werden, stellt in Abrede, daß sie nachmittags gebadet ist.

13. VII. Oefters ohne Grund geweint, auf Frage gibt sie an: Erstens Geschwister klein gestorben, am ersten Tage, dann auch Mutter, (verzieht das Gesicht schmerzlich) gibt Namen der anderen Geschwister an, verrechnet sich aber grob bei Altersangaben.

Status: Grazil gebaut, 150 cm 39,5 kg. Muskulatur mäßig entwickelt, anämisch aussehend, wenig Fettpolster. Stirn gleichmäßig gerunzelt, Pupillen übermittelweit. Zunge zittert, weicht nach links ab, ebenso das Zäpfchen. Mammae noch wenig entwickelt. Keine hysterischen Stigmata.

16. VII. In letzten Tagen ruhig, gut geschlafen und gegessen.

20. VII. Unverändert, geht Nähsaal, häkelt und dgl.

23. VII. Schreibt ordentliche Briefe nach Hause, bedankt sich für geschenkte Sachen, hofft bald herauszukommmen, bittet um Besuch. Läßt Freundinnen grüßen, bittet Vater sich nicht um sie zu grämen. Häkelt geschickt und fleißig.

2. VIII. Unverändert.

3. VIII. Nachmittags plötzlich wieder ängstlich, meint: Hätte an Hause gedacht, „wollte gerne schreiben, traute mich aber nicht zu fragen, deshalb mußte ich weinen.“

Gratuliert Vater zum Geburtstag und schreibt dabei: „Ich bin munter und fröhlich, möchte doch aber recht bald nach Hause.“

25. VIII. War in letzter Woche wieder ruhig, heiter, fleißig, erholt sich körperlich sehr.

2. IX. 92. Beurlaubt zum Vater.

4. VI. 93. Wieder zurückgebracht. War bis Pfingsten 93 ganz normal, seitdem wieder verstört, Kopfschmerzen. Seit 30. Mai lief sie viel umher, weinte viel, schrie, schlief unruhig, Appetit leidlich, keine Selbstmordäußerung. Seitdem nicht mehr zur Schule, weil sie nicht wollte. Ueber und über mit Ungeziefer bedeckt. Kennt auf Abteilung alle Personen bei Namen wieder. 40,5 kg.

5. VI. Bisher ruhig, nicht ängstlich, schläft gut.

10. VI. Pediculi beseitigt. Seit 15. VI. mit Feldarbeit beschäftigt.

11. VII. Ruhig, fleißig, klagt die Feldarbeit werde ihr zu schwer, daher zum Nähsaal, dort viel geweint; Schlaf schlecht, ab und zu 0,5 Sulfonal mit guter Wirkung.

12. VII. Erst auf, doch später wegen Uebelkeit wieder ins Bett. Weint, sie habe solche Sehnsucht, geht oft zum Klosett.

18. VII. Status: 159,5 cm. Sonst siehe oben. Macht verschlafenen, benommenen Eindruck, (Sulfonal-Wirkung?) keine Stimmen, keine Angst.

31. VII. Weinte oft, drängt ans Fenster, sah häufig in Spiegel, sang zeitweise, jetzt wieder ruhiger.

20. VIII. Hält sich gut, wird im Freien beschäftigt.

12. IX. Besuch des ziemlich angetrunkenen Vaters; recht nett, verständig.

30. XI. Etwas Krankheitseinsicht, keine Stimmen mehr seit langer Zeit.

31. XII. Dauernd ruhig, fleißig, jedoch leicht vergeßlich. Gebessert entlassen. 50 kg. Zunahme 9,5 kg.

Es handelt sich hier um ein normal entwickeltes, erblich belastetes Mädchen, das in Schule gute Fortschritte gemacht hat, stets leicht zu erziehen, verträglich und weicher Gemütsart war. Sie erkrankte im 12. Lebensjahre an einer anfallsweise auftretenden Geistesstörung, die durch heftige Angstgefühle, leichte sprachliche Hemmung, planloses Herumlaufen, krankhafte Reizbarkeit, Selbstmordäußerung gekennzeichnet ist. Dem ersten Anfall ging anscheinend ein kurzes hypomanisches Vorstadium voran. Die Remission zwischen den Anfällen war so ausgesprochen, daß man eine Genesung annahm. Eine hatte eine Dauer bis zu 9 Monaten. Der dritte Anfall (innerhalb 14 Monaten) machte Anstaltsbehandlung erforderlich. Depression, Angst, leichte Hemmung, sporadische Gehörshalluzinationen, Ermüdbarkeit, leichte Ablenkbarkeit bei gut erhaltener Orientierung kennzeichneten das Krankheitsbild. Nach zweimonatlichem Anstaltsaufenthalt trat Genesung ein. Ein vierter Anfall von gleicher Beschaffenheit trat nach $^3/_4$ Jahr auf.

In der Anstalt waren nur mehr leichte Angstanfälle in der Form von Nostalgie zu beobachten, dazwischen aber deutlich euphorische Stimmungsanwandlungen. Nach $5\,^1/_2$-monatlichen Anstaltsaufenthalt wurde die Patientin als gebessert entlassen, da sie psychisch noch nicht gänzlich frei zu sein schien. Menses wurden niemals beobachtet. Es handelt sich um einen Fall von manisch-depressivem Irresein mit vorwiegendem Auftreten von depressiven Phasen. Bemerkenswert ist, daß der Vater an periodischem Irresein leidet, es liegt also direkte gleichartige Erblichkeit vor, wie vielfach beim manisch-depressiven Irresein.

Fall 3.

Am., geb. 15. V. 90.

25. II. 05 aufgenommen: Eltern waren Vetter und Base. Ein Bruder $1^1/_2$ Jahre alt an Krämpfen gestorben. Geistig normal, körperlich etwas zurückgeblieben. Noch nicht menstruiert. Herbst 1904 plötzlich lebhafter, redete dazwischen (früher nie), widersprach, unwahr, Fleiß ließ nach, Arbeit minderwertig, schlechter Schlaf. Zu Weihnachten mit geborgtem Gelde große Einkäufe gemacht. Seit Mitte Februar weint sie viel, schläft sehr wenig, redet alles durcheinander, auch nachts. Holt nachts Erde rein, die vom Monde gefallen sei und bestreut damit ihre Geschwister. Weinte und lachte abwechselnd grundlos. Sehr aufgeregt, will ins Bett, verlangt Strick zum Aufhängen, man wolle sie vergiften usw.

Bis 17. II. 05 zur Schule. Bei Aufnahme unruhige Bewegungen, grimassiert, zerknüllt Papier, wiederholt fortwährend läppisch: „Papa — Papa!“

Status: Unentwickelt, kindlicher Habitus, 35 kg. Breiter Kopf, Henkelohren, Pupillen über mittelweit, gleich, rund. Rachenreflex ++, desgl. Bi-Triceps-Patellarreflex und Bauchdeckenreflex. Leidlich orientiert, läßt sich willig untersuchen, lacht dabei einige Male laut auf, stößt oft Luft in kurzen Stößen durch die Zähne, runzelt Stirn, grimassiert, fängt bei Frage nach Krankheit an zu weinen. Behauptet lachend, in der Erbsensuppe wäre Gift gewesen. Hält Anstalt für Kloster Chorin, will die Wärterin kennen. Ein Mann, der so wie ihr Papa aussah, hätte sie hergebracht. Will hier Papa im Bett gesehen haben und Stimmen, die schimpfen und drohen, gehört haben, weint plötzlich, Stimmen kämen aus der Wand; will plötzlich Bruder Erich gehört haben. Antwortet prompt.

26. II. Sehr ängstlich, fährt oft zusammen, schreit plötzlich, ruft nach Vater, hört Mutter rufen. Angst vor dem Thermometer, ißt nicht wegen Angst vor Gift. Wenig geschlafen. Körpergewicht 35 kg.

27. II. Ißt noch wegen Gift sehr wenig, ängstlich im Bade. Man wolle sie vergiften. Hockt meist im Bett, grimassiert, stößt unartikulierte Laute aus, schreit unvermittelt ängstlich, weint plötzlich. Zuweilen fixierbar, einfache Fragen beantwortet sie sinngemäß. Für letzte 10 Tage sehr lückenhafte Erinnerung. Schläft nach Hyoscin gut.

1. III. Weint viel, Vater solle kommen, hört durch Wand Frauen allerlei sprechen, es sei aber nicht wahr.

2. III. 05. Ruhig, freundlich, richtige Antwort, unklare Erinnerung.

8. III. Unverändert, steht auf, bescheiden, behilflich, weiß, daß sie krank gewesen. Gut orientiert, verfügt wieder völlig über ihre Schulkenntnisse, liest gern Märchen, einfache Geschichten.

12. III. War zum Anstaltsfest, hat sich sehr über Theater gefreut, auch getanzt. Netter Brief nach Hause.

16. III. Heftige Leibschmerzen ohne Fieber und Durchfall.

17. III. Wieder ganz wohl.

19. III. Steht wieder auf, nimmt körperlich zu.

23. III. Fühlt sich nicht wohl, Hals- und Kopfschmerzen. 39^{6}. Verständig und willig ärztlichen Anordnungen gegenüber.

25. III. Morgens starkes Nasenbluten. 38^{3}. Leichte Rötung des Rachens, sonst nichts.

26. III. Abends gegen 6 Uhr plötzlich sehr ängstlich, schreit, weint, schlägt mit Händen und Füßen, antwortet nicht. Schreit nachts wiederholt ängstlich: „Ich bleibe nicht hier, die alte Zicke will mich hauen, die alte Fratze!“ — Ißt nicht.

28. III. Viel außer Bett, reißt beim Schreien Mund übermäßig auf, weint, hält sich Ohren zu. Plötzlich ruhig, erkennt Umgebung, will artig sein; schreit aber sofort wieder, strampelt usw. Bittet nachts die Wärterin ans Bett: „Sie sei doch nicht giftig;“ beschimpft sie, bittet um Verzeihung, sie sei manchmal so krank, daß sie nicht wisse, was sie tue. Wiederholt alle obscönen Ausdrücke der anderen Kranken.

29. III. Bis 12 Uhr nachts nicht geschlafen „vor Angst.“ „Hu, die Alte da macht immer Fratzen!“ Grimassierte, strampelte, fragte den Arzt, ob er ihr Papa sei. Heute früh außerordentlich erregt, wie am Tage vorher, spuckt, wischt von Zunge Gift weg mit Taschentuch, es werde alles mögliche gesprochen, höre Vater weinen. Als auf ihren Ruf Wärterin kommt, fährt sie zusammen, „Sie wolle sie wohl würgen.“ Gießt Inhalt der gereichten Tasse über Brust und und Hals, will aber nicht gefüttert werden.

31. III. Zur Wärterin: „Kommen Sie nicht zu mir, Sie haben galloppierende Schwindsucht!

4. IV. Etwas ruhiger, aber noch sehr mißtrauisch gegen Speisen, schläft noch schlecht.

13. IV. Wieder ruhig, klar. Ersten Tag außer Bett, sehr angegriffen, schläft Tag und Nacht durch mit kurzer Unterbrechung.

25. IV. Wieder auf, kindlich unbefangen wie früher. Gibt über Erregungszustand keine Auskunft. Wärterinnen gegenüber nicht mehr so offen und zutraulich wie früher.

5. V. Beim Ausziehen (abends 9 Uhr) plötzlich sehr erregt, weint, schreit, nachts wenig Schlaf, oft laut geschrieen usw. wie früher. Antwortet nur langgezogen: „No!“ Sagte schließlich zur Wärterin, sie habe heftige Leibschmerzen gehabt: „Sie solle totgeschossen werden, hier sei die Hölle!“ Grimassiert wieder viel, erkennt alle Leute.

7. V. Nachts nicht geschlafen, geweint. „Vater soll kommen, was soll ich hier, ist dies hier ein Gefängnis, wo nur Verbrecher reinkommen? Räuberhöhle! — Hier sind große Schiffe und Tiere, die mir was tun wollen! — Wo ist mein Vater, er ist doch hier Stellvertreter?“

9. V. Singt viel, ißt ausreichend, schläft wenig, ungezogen — patzig, zerreißt Jacke.

14. V. Allmählich wieder ruhiger.

15. V. Besuch von Eltern, sehr erfreut, drängt nicht fort. Nachher auffallend redselig und ausgelassen.

30. V. Ruhig, geordnet.

15. VI. Wieder kindlich — fröhlich, offenes Wesen, Hausarbeit.

22. VI. Vor 2 Tagen im Theater in Stadt, strahlend vor Freude zurück, schlief nachts garnicht. Seit gestern wieder erregt wie früher.

25. VI. Macht zeitweise noch verstörten Eindruck. Leidlich ruhig.

30. VI. Ruhig, eigenartig verschämt, antwortet dem Arzt nicht. Schläft sehr viel.

20. VII. Stets früh auf, kindlich-artig, Handarbeit.

28. VII. Wie früher kindlich-bescheiden, ißt, schläft gut. Geheilt vom Anfall nach Hause. 42 kg. Zunahme 7 kg.

Es handelt sich um ein 14jähriges Mädchen, das sich geistig normal entwickelte, körperlich aber zurückblieb und bei welchem man eine erbliche Belastung nur insofern annehmen kann, als beide Eltern blutsverwandt waren. Sie litt an einer anfallsweise akut auftretenden Geistesstörung, die anfangs mit Rededrang, Durcheinanderreden, raschen Stimmungswechsel (Suiciddrohung), phantastischen Einfällen, Vergiftungsideen, Charakterveränderung und Nachlaß der

geistigen Leistungsfähigkeit, in der Anstalt hingegen ausgesprochene Angstzustände mit Verkehrtheiten, Grimassieren, Verlust der örtlichen Orientierung, Personenverkennung, Vergiftungsideen, Gehörshalluzinationen (schimpfende Stimmen) heftige, sinnlose Erregung, Illusionen und Visionen (Fratzen, große Schiffe, Tiere) aufwies. Im Ganzen wurden 5 zu Hause 2 und in der Anstalt 3 Anfälle beobachtet — von denen die beiden vollständig beobachteten 19 und 11 Tage dauerten akut und zwar einmal im Anschluß an eine fieberhafte Angina einsetzten, langsam abklangen und nur eine sehr summarische Erinnerung hinterließen. Bei dem letzten Anfall war die Kranke übrigens nicht desorientiert, hatte aber ausgesprochen delirante Vorstellungen. Die vor den Anfällen genannten Klagen über heftige Leibbeschwerden lassen sich als Molimina menstrualia deuten, so daß ein Zusammenhang mit menstruellen Vorgängen nicht von der Hand zu weisen ist. Eigentliche Menses waren dagegen noch nicht aufgetreten. In den Zwischenzeiten war das Mädchen kindlich bescheiden, von fröhlichem, offenem Wesen, hatte Krankheitseinsicht und bot keinen geistigen Defekt.

Für die Beurteilung des Krankheitsbildes kam zunächst Epilepsie und Hysterie in Frage, doch sind keinerlei epileptische Zufälle beobachtet worden. Gegen die Hysterie — eine Aehnlichkeit mit den bei den Hysterischen zu beobachtenden Anfällen von Geistesgestörtheit ist nicht zu verkennen — spricht das Fehlen der Stigmata, der hysterischen Anfälle und sonstiger hysterischer Begleiterscheinungen, auch konnte von einem hysterischen Charakter in der anfallsfreien Zwischenzeit nicht die Rede sein. Am meisten ähnelt das das Krankheitsbild noch den von Ziehen[1]) und Schönthal

[1]) A. a. O. Heft 3 S. 114.

beschriebenen Fällen von periodischer akuter halluzinatorischer Paranoia oder Amentia. Der Fall von Friedmann[1]) bot ausgesprochen katatone Züge, die hier nur andeutungsweise vorhanden und von nebensächlicher Bedeutung waren. Nach der Kraepelin'schen[2]) Klassifikation würde der Fall wohl nur bei dem manisch-depressiven Irresein untergebracht werden können.

Fall 4.

El. geb. 6. X. 83. Arbeiter.

26. XII. 98 aufgenommen. Ueber Heredität und Entwicklung war nichts zu erfahren. 23. November 1898 als vollkommen unbekannt zur Abbüßung einer dreitägigen Haftstrafe wegen Landstreichens im Gefängnis Kalkberge-Rüdersdorf eingeliefert. Seit 25. XI. begann er in der Zelle umher zu toben, zerriß und zerschlug alle Gegenstände, ging auf den Wärter los, lag betend auf Knien, sang, nahm unter Jammern und Heulen die merkwürdigsten Körperstellungen ein. Zwischendurch tanzte er mit fröhlicher Miene, um aber bald wieder laut zu lamentieren. Keine Selbstmordideen, keine Nahrungsverweigerung. Aus Akten des Schöffengerichts Rüdersdorf: Seit ein Jahr in Amerika und Preußen, angeblich nicht vorbestraft. Vater hatte ihn vor einem Jahr nach Amerika geschickt. Vor 2 Monaten wieder nach Hamburg auf sogenannten Ochsenschiff gekommen. Dann in 6 Tagen nach Berlin gelaufen, hier umhergetrieben, nachts ins jüdische Asyl.

Auf Transport nach Eberswalde sehr unruhig, schimpft fortwährend, auch bei Aufnahme, bald in ganz weinerlichem,

[1]) Friedmann, Zur Kenntnis der affektiven Psychosen des Kindesalters, insbesondere der milden Formen. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, Heft 1, Seite 36.

[2]) Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie 1908.

bald zornigen Ton vor sich hin. Patient küßt die Hand, fängt an zu beten, verdreht die Augen, läßt sich unter lautem Jammern auf Abteilung führen. Nimmt nur von der gebotenenen Milch wenig, spuckt, schreit, ringt die Hände, droht zwischendurch mit der Faust.

27. XI. Nachts weiterhin sehr erregt, schlug viel gegen Tür. Früh springt er im Einzelzimmer herum, macht allerlei Gesten, Grimassen, lacht und weint abwechselnd, zuweilen zornig erregt, drängt raus, rascher Wortschwall auf Rußisch, (anscheinend).

28. XI. Kurze Zeit im Wachsaal, ging über sein Bett, schmierte mit Kot, schwatzte ständig. Wieder isoliert.

29. XI. Wieder geschmiert, andauernde motorische Unruhe, Ideenflucht, vorübergehend zu fixieren; hätte Spanien, Türkei, Ungarn durchstrichen, sei 6. X. 83. geboren, sein Vater Schächter in Bialystock. Im Gefängnis „hätte es ihm gebrannt, es wäre ihm wie Feuer angekommen.“ Weiterhin nur Rußisch.

3. XII. Mit 2>¹/₂ mgr. Hyoscin beruhigt, so daß er in den Schlafsaal kann, jetzt mehr euphorisch, neckt und reizt gern die anderen Kranken, muß im Hause geführt werden. Droht zum Fenster hinaus, draußen wären die russischen Schweine, hier seien fromme deutsche Juden.

9. XII. Stets sehr übermütig, gerät infolgedessen mit anderen Kranken zusammen, ins Gesicht gekratzt, schimpft viel über die besoffenen Männer, die Russen; bezeichnet den einen Wärter als Kaiser, den anderen als seinen Großvater.

Status: Mittelgroß, grazil gebaut, pueriler Habitus, Ohrläppchen angewachsen, Pupillen weit, reagieren, Zunge nach rechts, ohne Zittern, Rachenreflex verstärkt, 5 cm lange Narbe am oberen Ende der Fossa iliaca. Sonst nichts. Rechnet etwas zögernd, erzählt ziemlich lebhaft in ge-

brochenem Deutsch: Er sei in Amerika gewesen, auf Durchreise nach Rußland zweimal arretiert und wegen Felddiebstahls mit 1 Tag Haft bestraft; er sei auch in Königsberg, Posen, Türkei gewesen, man habe ihm die Hände geschlossen, Hält Anstalt für Gotteshaus, will nicht aufgeregt gewesen sein und niemand geneckt haben, er tue nur Gutes. Will in England, Frankreich gewesen, in Amerika Soldat gewesen sein und den spanisch-amerikanischen Krieg mitgemacht haben. Gewicht 51 kg.

19. XII. Nach Hyoscin hält er sich leidlich, neckt aber gerne. Klarer und orientierter, kennt alle Wärter bei Namen, nur einen bezeichnet er als seinen Großvater, einen alten frommen Juden. Drängt nach Hause, schreibt einen Brief an seinen Vater.

27. XII. Leidlich gehalten, nur immer noch übermütig. Sägt Holz.

6. I. 99. Neigt zu Neckereien, geht regelmäßig zur Strohflechterei.

12. I. Köperlich auffallende Fortschritte, drängt sehr auf Entlassung, verkennt niemand. Gibt Entbehrungen und Erschöpfung als Krankheitsursache an.

25. I. Zeigt gewisse Unverschämtheit, stellt Arbeit ein, weil im Strohsaal zu langweilig. Korrespondiert eifrig in hebräischer Schrift mit Eltern wegen Entlassung.

28. I. Arbeitet wieder.

6. II. 99. Geheilt entlassen.

Es kommt für den Zustand die Differentialdiagnose namentlich gegenüber der Katatonie in Betracht, einzelne Symptome in Grimassieren und das Einnehmen von merkwürdigen Körperstellungen sprechen für Katatonie, indessen läßt das Gesamtkrankheitsbild besonders aber die unver-

kennbare Ursache zu der Geistesstörung nämlich schwere geistige und körperliche Erschöpfung, hervorgerfen durch die Anstrengungen und Entbehrungen eines vagabondierenden Lebenswandels, der rasche Verlauf, die schnelle geistige und körperliche Erholung die Diagnose eines Erschöpfungsirreseins, einer Amentia, gerechtfertigt erscheinen. Als unmittelbare Ursache ist zweifelhaft die Haft anzusehen, welche in dem hochgradig geschwächtee Organismus den Ausbruch der Psychose zeitigte. Das gesamte Krankheitsbild entspricht völlig der von Ziehen[1]) beschriebenen agitierten Varietät der Amentia: „Eine hochgradige motorische Unruhe herrscht vor. Gellendes Schreien, lautes Weinen, Lachen, Grimassieren, Beten, Deklamieren, Schimpfen lösen sich ab. Bald verkriecht sich das Kind ängstlich, bald drängt es unaufhörlich fort und vergreift sich unter Drohworten an seiner Umgebung. In schwersten Fällen kommt es zu ausgeprägter Tobsucht mit planlosen Zerstören, Kotschmieren usw."

Leider war mit dem Jungen, der nur gebrochen Deutsch sprach, eine ausreichende Verständigung nicht möglich. In seinem Wortschwall, der sich als ideenflüchtig bis ganz verwirrt darstellte, ließ er sich nur vorübergehend fixieren. Im Anfang waren schreckhafte Gesichtstäuschungen vorhanden, auch späterhin sind solche wahrscheinlich. Im übrigen nahm das Krankheitsbild gegen den Ausgang hin eine leicht hypomanische Färbung an, wobei das längere Anhalten von Desorientiertheit in bezug auf die Umgebung bemerkenswert war.

Fall 5.

Og. geb. 6. VII. 86. Schneiderlehrling.

10. I. 01 aufgenommen: Hereditär nichts bekannt. Gut entwickelt und gelernt. In der Lehre überanstrengt

[1]) A. a. O. S. 56, Heft II.

und schlecht behandelt, darüber aufgeregt. Selbst willig, fügsam. Seit Anfang November 1900 plötzlich Schwindelgefühl. 9. XI. plötzlich umgefallen, Krampfanfall. 11. XI. nach Hause. Anfälle fast täglich, meist abends beim Zubettgehen. Gewöhnlich erst Krampf- dann Wutanfall, schlug um sich, schimpfte stets auf Meister, wolle ihn niederschlagen, glaubte ihn vor sich stehen zu sehen, sprang auf ihn zu. Anfall dauert 1—2 Stunden. Anfangs Amnesie, in letzter Zeit Erinnerung. Einmal 15stündiger traumartiger Zustand. Sah Kühe, Hüte, Mauersteine angelaufen kommen; lag dabei still. Bei Tage half er in der Wirtschaft, verkehrte mit Altersgenossen, besuchte Verwandte usw., nur einmal Schwindelanfall dabei. Seit 8 Tagen auch tags Anfälle mit nur 1—2 Stunden Pause, aber nicht mehr krampfartig, blickte nur starr vor sich hin, wurde dann wütend — erregt, stürzte drauf los, schrie, schimpfte: „Man prügele und schimpfe ihn," schlug auf Umgebung ein, „wolle nach Krankenhaus, gesund werden oder sterben." Nachts wenig Schlaf.

Bei Aufnahme schüchtern, wortkarg, wenig Auskunft, besonders über seine Erregung. Nach Aufnahme 5 krampfartige Anfälle, lag ganz steif mit geballten Händen und schlug mit Händen und Füßen um sich, ging in die Höhe, danach gereizt: „Verlange bessere Behandlung, Vater bezahle so viel Geld für ihn. Man ärgere ihn hier. Lehrmeister hätte ihn zu nichte gemacht."

Status: Klein, grazil gebaut, mäßig ernährt, 45,5 kg., etwas anämisch. „Ganze Kopf tut weh." Ueber Seitenwandbein etwas nach vorn talergroße überempfindliche Stelle. Facialis links schwächer. Pupillen gleich, übermittelweit. Rachenreflex sehr schwach. Puls ungleichmäßig. Inguinal-Drüsen besonders rechts geschwollen. Patellarreflex stark

gesteigert, besonders rechts. Fußsohlenreflex nur ganz schwach. Sonst lebhafte Reflexe. Nadelstiche werden auf linker Brust und linken Arm stärker empfunden. Sonst keine Besonderheiten. Geographie schwach, auch Geschichte mangelhaft, Rechnen, Lesen, Schreiben und Singen am besten gelernt. Macht deprimierten Eindruck, weinerlich, wortkarg, läßt sich alles einzeln abfragen.

12. I. 01. Leicht gereizt, einsichtslos, gefalle ihn hier nicht, gehöre nicht hierher, wolle raus.

14. I. Freundlicher, bittet um andere Stube, da sich durch unruhige Kranke aufrege.

18. I. Anspruchsvoll, empfindlich, wortkarg, muckt vor sich hin, mit dem Essen unzufrieden. „Schlafe schlecht, bekäme nachts Zucken in Glieder, hätte so 'ne Bangigkeit."

20. I. Einige Stunden auf, ordentlich.

22. I. Gestern Abend $^1/_4$10 Uhr und heute Morgen $^3/_4$5 Uhr Anfälle, lag starr da mit eingeschlagenen Daumen, röchelte, kam bald wieder zu sich, meint: „Er habe sich geärgert." Nachmittags $^1/_2$5 Uhr Anfall wie sonst, Brust hochgehoben, machte Mund einige Mal auf und zu.

23. I. Bei Visite Anfall, ausgesprochen hysterisch, am ganzen Körper steif, Kopf völlig nach hinten gebeugt. (Arc de cercle.) Zehen hyperextendiert, kann wie ein Hypnotisierter steif wie ein Stück Holz an den Beinen aus dem Bett hochgehoben werden. Pupillen reagieren auf Licht prompt. Wird mit Wasser bespritzt, kommt sofort zu sich, weiß angeblich nichts von allem.

24. I. Kurz vor Visite Arc de cercle, bei Visite nichts. Es war ihm in Aussicht gestellt, daß er bei Wiederholung in den Saal für Unruhige zurück müsse.

25. I. Ruhig, zurückhaltend und wortkarg, zeitweise freundlich, zugänglich, dann grundlos verstimmt, unlustig, ärgerlich.

5. II. Wurde gestern von anderen Kranken angefahren, weinte deshalb sehr, heftiges Zittern im rechten Beine. Nach 2 gr. Brom. beruhigt, zugleich trat Zittern zurück.

23. II. Seit Mitte des Monats in Schneiderwerkstatt $^1/_2$ Tag; hält sich ordentlich, gestern beim Besuch des Vaters nett und freundlich.

7. III. Streikt in Schneiderwerkstatt: „Er dürfe doch nicht beim Handwerk bleiben.“ Zur Feldarbeit.

30. III. 01. Geheilt vom Anfall entlassen. Gewicht 49 kg. Zunahme $3^1/_2$ kg.

Patient ist erblich nicht belastet und hat gut gelernt. Er erkrankte plötzlich im 14. Lebensjahre an Schwindelgefühl. Später treten fast täglich Krampfanfälle mit Wutausbrüchen auf, zunächst nur abends beim Schlafengehen, dann auch tagsüber. Ursächlich scheinen, wie dies bei Hysterie häufig ist, mit starken Affekteindrücken verbundene Erlebnisse (Strenge Behandlung in der Lehre) von Einfluß gewesen zu sein. — Der Kranke bot einen ausgesprochenen hysterischen Charakter, starke Stimmungsschwankungen, Launenhaftigkeit, grundlose Verstimmung, Unlust, anspruchsvolles Wesen, Empfindlichkeit. Die Anfälle selbst waren ihrer Natur nach zweifellos hysterischer Art. Außerhalb der Anstalt wurden im Anschluß an die Anfälle charakteristische delirante Zustände, in denen unter lebhaftem zornmütigen Affekt aufregende Ereignisse, die sich auf den Lehrmeister und die von ihm erfahrene schlechte Behandlung bezogen, durchlebt werden. (Reminiscenzdelir. Raecke[1]). Für die hysterische Natur der Anfälle spricht auch der Umstand, daß sie durch äußere Einflüsse unterdrückt werden konnten. Die

[1]) Raecke, Zur Lehre vom hysterischen Irresein. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 41, S. 171 f.

Störungen im Bereiche der Schmerzempfindlichkeit vervollständigten das Bild der Hysterie.

Fall 6.

Lk. geb. 5. XII. 87. Gymnasiast.

18. I. 03 aufgenommen. Vater potator, Mutter melancholisch, desgl. Großmutter väterlicherseits. Bruder (Zwillings-) und Mutterschwester litten an Zwangsvorstellungen. Geistig gut entwickelt. Rechthaberisch, übertriebenes Selbstgefühl. Körperlich schwächlich. Ende 1901 8 wöchentliche Geistesstörung. Depression, Stumpfheit, Halluzinationen, ferner Verkennung von Personen. Hat stundenlang die gleichen unartikulierten Laute ausgestoßen. Echolalie, Echopraxie. Längere Zeit nachher noch aufgeregt, heftig, pietätslos gegen Eltern, keine exakte Unterscheidung von Mein und Dein. Oktober 1902 Scharlach, sehr leicht. Seit ungefähr 20 Tagen Kopfschmerz, (Schläfe, Augen). Schlag auf Kopf von Mitschüler, vom Lehrer barsch zurechtgewiesen. Tags darauf stärkere Erregung, schläft nicht, läuft nackt im Hause herum. Lautes Rufen, Vorwürfe gegen Eltern, die er als „falsche“ bezeichnet, sogar Bedrohungen. Zerstörungssüchtig, völlig schlaflos, weint viel, glaubt sich vom Hauswirt verfolgt, wäscht sich beständig, sieht Vater als Hauswirt an, schmerzhafte Stellen an den Oberschenkeln und im Leibe. Befehlshaberisch: „Was er verlange, hätte zu geschehen.“ Als Kind vorübergehende Lähmung im rechten Bein, keine Krämpfe, vorübergehende Ohnmacht nach Sturz auf Boden. Bei Aufnahme matt, schwer besinnlich. (Sulfonal- und Brom-Wirkung?)

Status: Klein, schmächtig, leidlich genährt, Ohren ausgezogen, abstehend, Augenlider leicht gedunsen, gerötet. Pupillen übermittelweit, gleich, rund. Foetor ex ore. Reflexe

gesteigert. Sehr lebhafte Herzaktion, Puls 132, weich, klein, regelmäßig. 37,5 kg. Bei Prüfung des Lagegefühls nimmt er absichtlich falsche Stellung ein. Gang ist bald hüpfend, bald zögernd, mit rechtem Bein stampfend. Glaubt sich im kaiserlichen Palais, sei angefallen von einem Bekannten, der Reserveoffizier sein wolle, ihn immer gekniffen, an Gurgel und Genitalien gefaßt hätte und ihn morden wolle. Er wolle den Kaiser retten. Er sei vor dem Arzt nicht aufgestanden, weil er noch so'n Gefühl von dem Hund vom Hauswirt hatte, der ihn vor ein paar Jahren in die rechte Seite gebissen habe. Hört Vater und Mitschüler sprechen. Konfabuliert ganze Szenen, läßt sich suggerieren, daß im Garten Vater und Kaiser Friedrich stehen. Sieht ein Kind beten, hört es auch sprechen, sieht ein Bild des Kaisers in grüner Uniform an der kahlen Wand. Auf Frage, Kaiser retten? „Ja, das möchte ich gern!" — „Sie waren in Gefahr durch den Teufel, er habe es aus Religion gemerkt, der Schulz wollte sich ausreden und sagte er wäre katholisch und evangelisch." — Am 5. Januar habe der Professor in der Schule so laut gesprochen, daß er Kopfschmerzen davon bekommen habe. Auf Frage: „Konntest du in Schule bleiben?" „Nein, ich bin wo anders hingekommen, ich glaube auf den Meeresgrund?" Sieht Arzt für den Vertreter des Kaisers an.

Patient macht bei Untersuchung eigentümliche Bewegungen mit dem Kopfe nach hinten, räuspert sich, sagt unvermittelt: „Ja, ich kann gut hören!" und behauptet die Kaiserin habe ihn eben danach gefragt. Bei körperlicher Untersuchung allerlei unzweckmäßige Bewegungen, kommt aber wiederholten Aufforderungen gleich nach.

19. I. 03. Wiederholt geschrien und laut gesungen. Vergnügter Gesichtsausdruck, antwortet zerstreut dann und

wann auf eine Frage. Warum er geschrien? „Er wäre beinahe ertrunken, stehe auf Seite von Kaiser Wilhelm, sei berufen für Menschen ein Opfer zu bringen. Spuckt viel.

20. I. Im Bett hoch, ruft, spuckt viel um sich, Hände kalt livide. An Oberschenkelinnenfläche in Skrotumhöhe handflächengroße hyperästhetische Stellen, besonders rechts.

22. I. Ruhig meist, hustet absichtlich, Kratzen im Hals, es sei wohl Gift drin, (objektiv nichts). Heißer Kopf, kalte Hände.

23. I. Häufig lauschender Gesichtsausdruck, spricht abgerissen unverständlich, lacht, spuckt. „Höre Vater — könne ihn nicht verstehen — er bilde es sich aber nicht nur ein. Pruscht viel.

24. I. Singt viel dieselbe Tonfolge, erklärt auf Befragung: „Beim Essen Vater gehört, der ihn zum Essen aufgefordert habe.

25. I. Auf Abführmittel gegen Obstipation Kot ins Bett. Wollte sofort damit schmieren.

27. I. Eingenäßt, Strohsack aufgerissen, keine Auskunft.

31. I. Ruhiger, er höre öfters Eltern, sei im Schloß beim Kaiser. Gesehen? „Nein".

6. II. Ruhiger, klarer, läppisch heiter. Nie krank. Plötzlich spricht er wieder vor sich hin: „Das muß doch sein, nicht? Oder etwa das? — Es ist gut!" (Was?) „Stören Sie mich nicht!" (Mit wem gesprochen?) „Mit dem Kaiser!"

9. II. Stark erregt, singt, schreit, hoch im Bett, reißt Hemd vom Leibe. Tritt man an sein Bett sofort ruhig, blickt starr, lacht, keine Antwort, prolongierte Bäder, schläft.

22. II. In letzten Tagen auf und im Garten. Riß sich Kragen und Chemisett ab. Läuft zeitweise über die Beete.

28. II. Unstet abgerissene Sätze vor sich hin: „Sei im

Königsschloß, Vater gehört, Kaiser gesehen.“ Reißt Augen weit auf, starrt geradeaus und lacht.

8. III. Spricht heute leise vor sich hin: „Ich bin Infanterist — bon jour! — Quartier Moskau — General!“ Wer war das? „Das wird nicht verraten!“ — Alle sind Aerzte, ich bin auch Arzt — aufgepaßt! — ich werde Ihnen wohl reinpfuschen als Arzt. — Auf Anruf lacht er, keine Antwort. Nachts mit Kot und Urin unsauber. Bei Tag in die Hose naß.

25. III. Auf alle Fragen: „Ich weiß nicht!“ Manchmal ist festzustellen, daß er orientiert ist und sich seiner Aufnahme erinnert. Sonst wie früher.

27. III. Ruhiger, geordneter. Bei Besuch vom Vater recht zutraulich, erkundigte sich nach Hause.

28. III. Spricht noch leise, zögernd, starre Blicke. „Sei krank gewesen, was geschehen wisse er nicht. Langweile sich hier, könne hier nicht gesund werden.“

31. III. Immer etwas träumerisch, wenig gesprächig.

2. IV. Besuch von Mutter, zutraulich, freundlich.

12. IV. Ruhig, freundlich, ohne rechte Einsicht.

18. IV. Lebhafter, ißt schlechter, „will gestern Vaters Freund gesehen haben, habe sich bestimmt nicht geirrt.“

20. IV. Heiter, kongestioniert, geschwätziger, verliert beim Reden den Faden. „Will auf verschiedenen Aerztewohnungen gewesen sein.“

13. V. Ruhig, freundlich, einsichtiger: „Sei schlimmer wie im vergangenen Jahre krank gewesen.“

2. VI. Bescheiden, ruhig, geordnet, sieht wohl aus. Geheilt vom Unfall. Gewicht 44,5 kg. Zunahme 7 kg.

Bei den Kranken, der erblich schwer belastet ist und sich geistig gut entwickelt hatte, körperlich hingegen zurück-

geblieben war, trat bereits im 13. Lebensjahre ein Anfall von geistiger Störung mit Depression, Stumpfheit, Halluzinationen, Verkennung von Personen, Echolalie und Echopraxie auf, der nach kurzer Behandlung vorüberging und Anstaltsbehandlung nicht erforderlich machte. Auf Grund der Anamnese lag die Diagnose Katalonie nahe zumal da es im Anschluß an den ersten Anfall anscheinend zu ethischen Ausfallserscheinungen gekommen war. Die weitere Beobachtung zeigte indessen, daß es sich um eine Geistesstörung (akute Halluz. Verwirrtheit der Hysteriker) auf hysterischer Basis handelte. Der zweite Anfalls stellte sich akut auf eine äußere Einwirkung (Schlag auf den Kopf, barsche Zurechtweisung durch den Lehrer) ein und charakterisierte sich durch rasch zunehmende Erregung, große Reizbarkeit, Beeinträchtigungsideen, die sich namentlich gegen die Eltern richteten, Desorientierkrankheit, Situationshalluzinationen, hochgradige Suggestibilität von ganzen Szenen, incohärentes Schwatzen, Confabulationen und Gehörshalluzinationen, Vorübergehend war der Patient durch energisches Anrufen aus seiner Traumgewalt zu reißen. Die Dauer des Anfalls betrug etwa 3 Monate. Es trat dann zunächst schnell Klarheit ein, doch machte sich später noch ein leichter Rückschlag geltend. Ob die in der Kindheit beobachtete Lähmung des rechten Beines organischer Natur war (Kinderlähmung), dafür waren sichere Anhaltspunkte nicht vorhanden, aller Wahrscheinlichkeit nach ist sie hysterischer Natur gewesen. Die schmerzhaften Stellen an den Oberschenkeln und am Leibe, insbesondere die hier festgestellten hyperästhetischen Stellen deuten gleichfalls auf eine hysterische Grundlage hin. Schließlich ist bei dem Zwillingsbruder, der zu Hause an Zwangsvorstellungen litt (er müsse das Haus anzünden, jemanden mit dem Messer stechen) gleichfalls von

psychiatrischer Seite der Zusammenhang der Geistesstörung mit Hysterie festgestellt worden. Beim Zwillingsirresein sind aber bisher, soweit sich aus der Literatur entnehmen ließ, stets gleichartige Psychosen zur Beobachtung gekommen.[1]) Die Diagnose Hysterie erscheint daher gesichert, umsomehr als der Kranke sich weiterhin intellektuell gut entwickelt hat und jetzt dem Studium an der Hochschule mit Erfolg obliegt.

Fall 7.

Ew. geb. 7. IX. 85.

22. XI. 00. aufgenommen. Eltern sind Vetter und Base, 1 Tante ist irrsinnig, 1 Onkel nach Trauma geistesgestört.

Normal entwickelt, als Kind Masern und Diptherie. In Schule etwas schwer gelernt, aber fleißig und ehrgeizig. In letzter Schulzeit überanstrengt, noch nicht menstruiert, kindlicher Habitus, klein, grazil. Im März 1900 aus der Schule. Kurze Zeit darauf allzuzärtlich gegen jüngere Schwester, wollte diese besonders pflegen, kräftig ernähren, steckte dieser deshalb allesmögliche zu, was das Kind nicht bewältigen konnte. Zurechtgewiesen darüber sehr erregt, verweigerte Nahrung, um die Eltern zu strafen. Seit Mitte Mai keine feste Nahrung mehr. Zuletzt täglich nur 2 Tassen Kakao. Dabei beschäftigte sie sich sehr intensiv mit Wirtschaft, wurde erregt, wenn Mutter behilflich sein wollte, widersetzte sich ärztlicher Untersuchung, geriet bald in Tobsuchtsanfall. In letzten Tagen fast nichts gegessen, Selbstmordideen geäußert, aber keinen Versuch. Bei Aufnahme widerstrebend, muß getragen werden. Status: Klein, grazil, Fettpolster und Muskulatur sehr gering entwickelt, 25 kg. Kindlicher Habitus, Gesicht schmal. Pu-

[1]) Vergl. auch Schlub: Ueber Geisteskrankheit bei Geschwistern. Allg. Zeitschrif. für Psych. 1909 66 Band S. 539.

pillen mittelweit, gleich rund. Ueber der linken Lungenspitze verkürzter Schall und weiches Atmen mit verschärftem Expirium. Sonst ohne Besonderheiten.

23. XI. 00. Ruhig, äußerst mager, 1 Tasse Kakao. Will zum Vater.

24, XI. 1 Tasse Kakao, 1 Ei ohne Zucker. Benimmt sich wie ein kleines eigensinniges Kind, sonst ruhig.

25. XI. 1 Tasse Kakao, abends Sondenfütterung. Droht mit Vater, nachts noch geweint. Seitdem ißt sie angesichts der Sonde unter vielen Reden von selbst, zunächst nur Semmel und Flüssiges, später alles.

1. XII. Immer sehr kindisch, übertreibt bei Aufzähluug des Gegessenen, sehr ungehalten über Beaufsichtigung.

3. XII. Auf Befragen: Orientiert. „Habe nie Appetit, zwinge alles nur herunter, wenn sie allein sei würde ihr so angst und bange. Habe in der Schule immer lange arbeiten müssen, die Sprachen nicht gut begriffen.“ Weiß im allgemeinen gut Bescheid, antwortet aber langsam leise, scheint sehr bald zu ermüden.

9. XII. Will nach Hause oder wenigstens schreiben. „Sie ängstige sich so.“

12. XII. Einige Stunden auf.

19. XII. Ißt nicht, Sondenfütterung. Sucht beim Essen zu täuschen, kaut mit leerem Munde, ist betrübt wenn Wärterin dem Arzt die tatsächliche Nahrungszufuhr angibt.

30. XII. Freute sich über Weihnachtsfeier sichtlich. Nachmittags manchmal auf.

6. I. 01. Zuweilen noch Sondenfütterung nötig. Lebertran.

13. I. Ißt alle Mahlzeiten, stolz darauf. „Sie gäbe sich alle Mühe, nun werde Papa sie doch bald holen.“

20. I. Manchmal wie früher, sticht nur im Essen herum, sucht einzelnes zu verstecken oder zu verschenken. Darf

nur aufstehen, wenn ausreichend gegessen. Sucht am Quantum abzuhandeln, bittet und weint manchmal, ißt und trinkt aber doch. Wohler.

28. I. Freut sich kindlich auf das Kaisergeburtstagsfest. Macht im Briefe an Eltern Vorwürfe, daß sie sie hierher gebracht haben, zu Hause sei es gerade so gut gewesen, will nach Hause.

2. II. Will am Essen immer wieder abhandeln. Warf sich heute auf Boden, schrie weinend: „Sie werde nichts mehr trinken, wolle in 3 Wochen nach Hause.“ Trinkt aber angesichts der anderen doch.

23. II. 31,25 kg., sucht beim Essen immer noch zu täuschen. Bei Besuch des Vaters sehr erregt, „wolle jetzt mit nach Hause, sonst würde sie garnichts mehr essen und wolle nie wieder nach Hause. Zu Hause hätte sie aus Heimweh nach ihren Geburtsort nichts gegessen, hätte sich durch Hungern ums Leben bringen wollen.“ Beschwert sich über die Beaufsichtigung, besonders beim Essen. Auf der Abteilung ruhig. Schreibt etwas beruhigt Geburtstagsbrief an Mutter, hat Handarbeit gemacht.

24.—26. II. Klagt über Stiche in rechter Brustseite. Außer Temperatursteigerung bis 39,4 nichts Besonderes nachweisbar, außerdem Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, Appetitmangel.

29. II. Fieberfrei, will wieder aufstehen. 32,25 kg. Wegen Resultat des Wiegens ängstlich: „Kann nichts dafür, wenn nicht mehr zugenommen, habe wirklich keinen Appetit, da Fieber gehabt.“

19. III. Ißt besser, mogelt nicht mehr dabei. Drängt sehr nach Hause, macht Handarbeiten, geht viel spazieren, stets Verdauungsbeschwerden, übertreibt anscheinend.

26. III. Nachmittags zum Nähsaal, sehr erfreut. Hilft ohne Zureden.

17. IV. 01. Artig, freundlich, etwas schüchtern. Bei Besuch der Mutter ist sie sehr einsichtig: „Wenn nötig, bleibe sie auch noch hier.“

Als geheilt vom Anfall nach Hause entlassen. Gewicht 33,5 kg. Zunahme 8,5 kg.

II. Aufnahme: 16. I. 02.

Aeußerst schwach, spricht nicht, Puls sehr klein, muß auf Tragbahre zur Abteilung gebracht werden.

Nach Entlassung zu Hause gut gegessen und gehalten. Seit Juli 01. aß sie weniger, bemutterte jüngere Geschwister, kümmerte sich noch um deren Schularbeiten, ging auch spazieren. Auch für Außenwelt Interesse. Ende August völlige Nahrungsverweigerung. Hysterische Anfälle: Glaubte sich in Anstalt versetzt, Kranke und Wärterin zu hören und sehen, sprach mit ihnen. Im September Schlaflosigkeit, keine Nahrungsaufnahme, rapider Abfall der Kräfte. Im November ca. 3 Wochen in vegetarischer Anstalt eines Naturheilkundigen in Eberswalde hauptsächlich vegetarisch genährt. Nach der Entlassung von dort sehr heruntergekomnen (aß höchstens einige Feigen und ähnliche Früchte). Seit Anfang Dezember Erregungszustände: Hörte Stimmen, schlief schlecht. Sylvester Kinnbackenkrampf, stundenlang Mund weit geöffnet, Widerstand beim Zusammendrücken der Kiefer, lallende Sprache, Erregung dauert an, in den letzten Tagen schrie und kreischte sie nachts. Der behandelnde Arzt schreibt:

6. IX. 01. Starke Abmagerung infolge Nahrungsverweigerung, Herzschwäche, Knöchelödem, Stimmung wechselnd, Eigensinn, Täuschung der Pflegerinnen durch Verstecken der Speisen. (Digit. + Kal. acet.)

11. IX. Ein dreistundenlanger Krampfanfall, in dem Patientin Erlebnisse aus der Anstalt in Dialogform erzählte. Aphonie.

25. XII. Lähmung im Gebiete der Kau- und Zungenmuskeln, Unterkiefer hing herab, Zunge halb zum Munde heraus. Puls kaum fühlbar. Allgemeiner Zustand schlecht.

27. XII. Lähmung geschwunden. Wieder Knöchelödem.

1. I. 02. Aphonie weg. Teilnahmlosigkeit. Nährlysmen.

6. I. 40°, Delirien, Heißhunger.

17. I. 02. Hinfällig 38 1°, 38 4° aufgenommen. Talergroßer Dekubitus, tief. Jammernd geschrien, gesungen. Kot und Urin unter sich. Erkennt Arzt usw. wieder, fragt ob sie wieder 25 Pfund zunehmen würde.

18. I. 38 9, 37 9, reichlich Flüssigkeitsaufnahme usw., gut geschlafen nach Glühwein.

21. I. 39 4, 39°, Lunge R. H. U., verkürzter Schall fast trommelartig. Patientin wird bei Untersuchung schlaff, abgeschwächtes Atemgeräusch.

24. I. Stets Fieber, beschmiert Hände und Beine mit Kot trotz Glycerinklysma, beständig naß, schreit jämmerlich, wenig Schlaf.

29. I. Dekubitus keine Neigung zum Heilen. Keine Hebung des allgemeinen Befindens, kein Schlaf. Stets hohes Fieber ca. 40°, schmiert, beständig naß. Weiterer Kräfteverfall.

4. II. 02. Exitus. Tbc. pulm. et intest.

Die Patientin, welche erblich belastet ist, mäßige Begabung aufwies, dabei aber ehrgeizig und strebsam war, erkrankte in ihrem 15. Lebensjahre unter den Anzeichen von abnorm übertriebenen Zärtlichkeitsanwandlungen der Schwester gegenüber und einer sich in eigensinnigem Wesen entäußernder negativistischen Willensrichtung, die bis zur Nahrungsverweigerung ging und ihre Aufnahme in die Anstalt nötig machte. Hier treten Angstgefühle, Ermüdbarkeit,

eine psychisch bedingte Anorexie verbunden mit kindisch-trotzigem Verhalten in Erscheinung. Die nach 4 Monaten eingetretene Heilung hielt nicht lange vor, schon nach kurzer Zeit zeigen sich die gleichen Symptome, es treten aber außerdem noch Dämmerzustände mit Situations-Halluzinationen hinzu. Unter dem Einflusse einer Sanatorium-Behandlung nach dem „Naturheilverfahren“ verschlechtert sich der Zustand immer mehr: Halluzinationen des Gesichts und Gehörs häufen sich, passagere Lähmungen im Gebiete der Hals- und Zungenmuskulatur, stundenlange Krampfzustände, Aphonie, ausgesprochene Reminiscenzdelirien vervollständigen das Krankheitsbild. In äußerster Entkräftung wurde die Kranke der Anstalt zugeführt, wo sie nach kurzer Zeit an Tuberkulose starb. — Menses sind niemals beobachtet worden. — Die Krampfzustände, Dämmerzustände mit den charakteristischen Reminiscenzdelirien, die Charakteranomalien weisen auf die Zugehörigkeit des Falles zur Gruppe des hysterischen Irreseins hin.

Fall 8.

Oeg. geb. 10. VII. 93.

12. VI. 08. aufgenommen. Erblich nicht belastet, keine Krankheiten, etwas Blutarmut. Noch nicht menstruiert. Normale Entwicklung, gutartig, aufgeweckt.

Oktober 07 plötzlich auffallend eigensinnig fiel als „komisch“ auf. Allmählich Zustand schlimmer, wollte sich nicht mehr an- und ausziehen, zeitweise ungenügende Nahrungsaufnahme, angeblich Halluzinationen.

Von 27. II. — 1. IV. 08. erfolglos in Privatanstalt behandelt, lag dort ganzen Tag stumpfsinnig zu Bett, starrte vor sich hin, lachte ausdrucklos, zeitweilig viel außer Bett, kratzte sich im Gesicht, spielte mit Fingern, nicht selten

unsauber, aß wenig, wütend, wenn man sie nicht in Ruhe ließ.

Bei Aufnahme ruhig, streicht mit Hand ihr Gesicht. Keine Antwort, ohne Abschied von der Mutter zur Abteilung.

Status: Unter mittelgroß, grazil, 39,5 kg, kindlicher Habitus, keine Pubes, Langschädel, stark prominente Hinterhauptsschuppe, Ohren und Nasenfalten mit gelbgrauen Borken und kleienartigen Schuppen bedeckt, Lidspalte klein, Lidränder gerötet, Zunge weicht nach rechts ab. — Genaue Untersuchung infolge Aengstlichkeit nicht möglich. Sitzt auf vorderen Rand des Stuhls in unbeweglicher Haltung, sieht mit mürrisch-ängstlichem Gesichtsausdruck von einem zum andern, kneift hin und wieder die Augen zu. Sonst kein Mienenspiel. Reagiert auf keine Frage und Aufforderung. Während körperlicher Untersuchung ängstlich-widerstrebend, weint.

13. VI. 08. Aengstlich-widerstrebend zur Abteilung. Bei Visite aufrecht im Bett, sieht mit weinerlichem Gesichtsausdruck in Saal hinein, sieht Arzt nur flüchtig an, reicht nicht die Hand, antwortet nicht, ißt nicht. Sträubt sich beim Füttern, weint, kratzt an ekzematösen Stellen im Gesicht.

15. VI. Wie sonst. Leerer Gesichtsausdruck, bewegt Kopf automatenhaft beim Umhersehen im Saal. Reagiert auf nichts. Ißt gut. Bei passiven Bewegungen ängstlich-widerstrebend.

19. VI. Unverändert, kratzt weniger, schreit als Gesicht eingefettet werden soll. Abstiniert hin und wieder.

23. VI. Etwas freier, sitzt im Bett, bewegt sich etwas natürlicher, anscheinend etwas Interesse für Umgebung, lächelt zuweilen, spricht nicht. Ekzem heilt ab.

30. VI. Kratzt wieder, Verbände an beiden Händen läßt sie ruhig sitzen. Ißt hinreichend.

15. VII. Steht nachmittags auf.

25. VII. Kratzt wieder stärker, Bettruhe, Verband an Händen.

1. VIII. Kratzt weniger.

8. VIII. Bei Besuch der Eltern keine Freude, spricht nicht, geht unruhig im Zimmer umher.

14. VIII. War einige Tage auf, stand unschlüssig im Zimmer umher. Spazieren geführt, spricht nicht, kein Interesse. Spontan zu Bett, näßt ein, kratzt, Verbände.

26. VIII. Ließ Kot unter sich, kratzt viel. Mutacystisch.

8. IX. Sitzt aufrecht im Bett, lächelt zuweilen, reicht die Hand, spricht aber nicht, kratzt öfters.

10. IX. Geht viel außer Bett, läßt Essen stehen, sucht die Reste der Mitkranken zusammen.

4. X. Mehrfach unsauber, sonst unverändert.

12. X. Zu keiner Beschäftigung zu bewegen.

30. X. Etwas freier, lacht oft laut auf, interessiert sich sehr für's Essen. Flicht ihren Zopf fortwährend auf und zu. Als dies verboten, spricht sie zum ersten Male: „Das tue ich doch!"

10. XI. Wollte nicht aufstehen, stieß und kratzte beim Anziehen.

14. XII. Zu Bett, sehr widerstrebend, schimpft, wenn sie gewaschen oder gekämmt wird: „alter Schweinehund!" Spricht sonst garnicht. Keine Wunde gekratzt.

24. XII. Weinte bei Besuch der Eltern, sprach nicht.

11. I. 09. Nachmittags auf, sitzt lächelnd im Tagesraum, ganz mutacistisch, nachts ruhig, sauber.

23. II. Näßte neulich wieder ein, kratzt wieder, beschäftigt sich absolut nicht.

15. III. Keine Antwort, Verlegenheitsbewegungen, kratzt beständig.

29. IV. Näßte verschiedentlich wieder ein.

30. IV. Auch tags in Kleidern naß.

Noch in der Anstalt.

Die Patientin, die erblich nicht belastet ist, erkrankte im 14. Lebensjahre und zwar bot sie zuerst Charakteranomalien (auffälligen Eigensinn), die bald in völligen Negativismus übergingen, welcher bis jetzt einen wesentlichen Bestandteil des Krankheitsbildes ausmachte. Dabei bestanden als weitere Symptome Apathie, zornmütiges, abweisendes Wesen, leerer Gesichtsausdruck, Manien, Stereotypien und automatenhafte Bewegungen. Es handelt sich demnach bei ihr um eine Dementia praecox und zwar die katatone Form mit voraussichtlich ungünstigem Verlauf.

Fall 9.

Oed. geb. 12. VIII. 85. Dienstmädchen.

27. XII. 01. aufgenommen. Vaters Vater im Irrenhause gestorben. Hat sich in Kindheit normal entwickelt, in Schule etwas zurückgeblieben. Noch nicht menstruiert. Hat März 1901 vorübergehend 8 Tage lang allerlei dummes Zeug geschwatzt, war zur Arbeit nicht zu bewegen, erregt. — Seit Mitte Oktober ängstlich, schläft schlecht, arbeitet nicht mehr. Erzählte: „Sie solle geköpft werden, schwarze Männer seien draußen und wollten sie holen.“ Zog sich tagsüber mehrfach um, ging von einem Zimmer in's andere, sehr unruhig, manchmal tagelang stumpf im Bett, ohne sich zu rühren, bedroht schließlich ihre Mutter. — Infolgedessen am 15. X. 01. in's Krankenhaus W., hier erzählte sie: „Ihr Vater nenne sie immer Kalb; Mutter sage, sie solle garnicht nach Uhr sehen,

dann würde sie schlecht und verlöre ihre Augen.“ Hatte hier auch Halluzinationen: „Ihre Schwester sei auf Kirchturm, riefe ihr zu herauszukommen, sonst würde sie geköpft.“ Zeitweilig sehr erregt, schlägt mit Händen und Füßen gegen Tür, verlangt Entlassung, zur Beschäftigung nicht zu bewegen, neigt zu Unreinlichkeit.

Bei Aufnahme ruhig, schwer besinnlich, sagt: „Sie sei krank, so fehle ihr aber nichts, könne nur nicht schlafen.“ Willig zur Abteilung, verabschiedet sich ohne Gefühlserregung.

30. XII. 01. Status: Mittelgroß, schwächlich, grazil, angewachsene Ohrläppchen, Pupillen usw. ohne Besonderheiten. Leichte Struma. Patellar- und Plantarreflexe gesteigert. Sonst nicht genau zu prüfen. Orientiert, antwortet meist richtig. Mürrischer, unfreundlicher Eindruck. Fragt wiederholt: „Weshalb das alles aufgeschrieben werde?“ Scheint Fragen schwer aufzufassen, wiederholt sie sich selbst nochmals, ehe sie antwortet.

28. XII. Unwillig, unfreundlich: „Weshalb sie hier sei? Wolle nicht bleiben, äße selbst!“ — Läßt sich nicht messen.

30. XII. „Sei im Krankenhause gewesen, weshalb wisse sie nicht. Weshalb sie so viel reden solle? Fiele ihr nicht ein! Da könne man andere fragen.“ Ruhig, manchmal unwirsch und unfreundlich.

5. I. 02. Täglich auf. Räckelt sich herum, kein Interesse für Umgebung, spricht mit Kranken wenig. Unfreundlich, abweisend: „Weshalb soll ich Hand geben? Tue ich nicht!“ Schlug grundlos nach Kranken, wollte abends nicht in's Bett, wirft sich beim Auskleiden zu Boden.

8. I. Bleibt im Bett. Will sich nicht anziehen noch ausziehen lassen: „Wo bleibt Vater? Soll mich rausholen, gefällt mir hier nicht!“

20. I. Ganz verkehrt, wälzt sich auf Boden, lacht, singt, tanzt, neckt und stößt andere Kranke, wirft mit Tischmesser.

1. II. Dauernd im Bett. Drängt oft raus, tollt im Zimmer umher, kindisch — ausgelassen, albern, schlägt.

11. II. Seit einigen Tagen ruhiger, steht heute auf. Steht herum, beschäftigt sich nicht, schwatzt vor sich hin, antwortet nicht.

17. III. Wieder unruhig, läuft auf Corridor umher. Ganz wie früher, halluziniert anscheinend stark, blickt oft starr auf einen Punkt, lacht dabei oder schimpft. Beklagt sich, „daß ihr allseitig befohlen würde zu arbeiten.“ Im Bett.

21. III. Unverändert, will zu anderer Patientin ins Bett kriechen. Nachts leidlich ruhig und geschlafen.

24. III.—9. IV. Sehr unruhig, weint mal, wirft mit Abendessen, schläft nachts leidlich. Redet ganz wirre.

10.—15. 4. Ruhiger, außer Bett, beschäftigt sich mit Handarbeiten. Gegen Arzt abweisend, öfters läppisch.

16.—28. IV. Wie am 17. III., oft mit Kopf unter Bettdecke. Stets im Bett.

20. V. Besuch vom Vater, Bruder und Schwägerin. War sehr nett und sachlich dabei. Zuletzt überhaupt ruhiger.

22. V. Leidlicher Brief nach Hause, fühle sich gesund, wolle im Sommer nach Hause Aufwartestelle annehmen.

29. V. Tags laut, schlägt Mitkranke. Bis 2. VI. ins Bett, seitdem ruhig, freundlich, etwas kindisch, mutwillig, hilft fleißig in Waschküche, geordnet.

29. IX. 02. Geordnetes Verhalten, nicht ohne Einsicht.

Geheilt vom Anfall nach Hause. 55,4 kg.

Zu Hause bis Anfang Januar 1903 als Aufwärterin fleißig und ordentlich. Seitdem verändert: „Könne nicht mehr arbeiten, wolle zurück in Anstalt.“ Schlug Mutter.

Bei Aufnahme: (12. I. 03.) Freundlich, „zu Hause sei es ihr schlecht ergangen, sie habe so geschwitzt.“ 48,3 kg.

13. I. 03. Kommt kaum unter Decke hervor: „Habe Dienst nicht aushalten können.“

14. I. Ruhig, läppisch, stets unter Decke, schwitzt stark, wird ärgerlich, wenn man Decke fortzieht. Ißt gut.

Patientin kommt weinend zur Untersuchung, widerstrebend, beruhigt sich erst langsam: „Sei kurz von Gedanken, vergesse Arbeit, hält sich deshalb für krank.“ Keine Stimmen usw.

15. II. Meist zusammengekauert im Bett. Steht schließlich doch auf, sitzt in sich zusammengesunken auf Bank, Kopf vornübergebeugt, gleichgültig gegen Umgebung.

28. II. Im Verhalten gut, aber mutacistisch und negativistisch, vorübergehend Handarbeit oder Hausarbeit. Stat. idem bis Ende April.

1. V. In letzter Zeit freier, nicht mehr so gehemmt dasitzend, redet mit anderen. Lacht bei Anrede, lobt ihr Befinden. Seit 10. VII. 03 4-6wöchentliche Menses.

19. VII. Munter, etwas läppisch, in Arbeit brauchbar, netter Brief.

10. VIII. Unverändert.

17. 10. Bisher fleißig in Waschküche, manchmal träumerisch, ist dann verschlossen. Als Einzelarbeiterin in Beamtenfamilie.

1. XII. War dort ganz brauchbar, fleißig und willig. Seit einigen Tagen unmotivierter Stimmungswechsel, klagt grundlos: „Sie sei angeschwärzt von Dienstmädchen.“ Geht nicht zur Arbeit, sitzt auf Abteilung umher, zu nichts Lust, weicht Gespräch aus.

18. II. 04. Wieder zur Waschküche. Seit längerer Zeit träumend auf Abteilung, beschäftigt sich nicht oder nur lässig,

weinerlich zeitweise. Gibt zu Stimmen zu hören: „Wenn es ihr nicht so recht, wenn sie so niedergeschlagen wäre. Die Stimmen rufen ihren Namen, erzählen von Verwandten, sie würde dann ängstlich und trübe gestimmt. Näheres könne sie nicht angeben. Wenn sie vergnügt sei, höre sie nichts.“ — Will nicht zur Waschküche.

22. II. Zur Waschküche, munterer.

30. II. Seit einigen Tagen verkehrt, albern, wälzt sich bei Visite in anscheinend erotischen Gefühlen hin und her, lacht halb unter Decke, kramt viel, schläft unruhig.

4. IV. Ruhiger.

30. IV. Ruhig — zur Waschküche.

12. VIII. Unverändert.

17. XI. Zu Bett, Halsschmerzen, kein Befund, Struma etwas druckempfindlich, ist nach Einreibung besser.

25. I. 05. Ruhig, zur Waschküche.

1. V. Seit 8 Tagen im Bett, unruhig, verkehrt, albern, bettflüchtig, antwortet nicht. Struma geschwollen, (Tablett. thyreo), bis 26. VI. Steht dann auf und ist ruhig.

10. X. Zur Zeit der Menses erregt, ins Bett. Lacht wieder albern, antwortet nicht.

21. X. An 2 letzten Tagen wieder erregt, spricht viel vor sich hin, nachts laut aufschreiend.

6. XI. Wieder ruhig, beschäftigt sich.

15. -28. XI. Laut wie 21. X.

1906—09. Die Kranke bietet das gleiche Bild. Zeitweise beschäftigt sie sich regelmäßig in der Waschküche, ist aber andauernd sehr stumpf und reagiert nicht auf Anrede, zeigt leicht erotisches Wesen und blödlächelnden Gesichtsausdruck, dann treten mehrwöchentliche Erregungszustände auf in denen sie sehr verkehrt und

renitent ist, erotisch zudringlich wird, mit Essen wirft, ihre Umgebung angreift und ganz zerfahren vor sich hin spricht.

1909. Anfangs ruhig, spricht fast gar nicht. — Zur Waschküche.

15. II. Ganz mutacistisch, seit einiger Zeit wieder auf der Abteilung.

Noch in der Anstalt.

Patientin, welche vom Großvater her erblich belastet ist und nur mäßige Befähigung zeigte, erkrankte im 16. Lebensjahre vor Eintritt der Menses an Angstzuständen, Verfolgungsideen, Halluzinationen und Erregungen mit bedrohlichem Wesen und Unsauberkeit, nachdem sie schon vorher im gleichen Jahre einen kurzen Erregungszustand durchgemacht hatte.

In der Anstalt war sie orientiert, aber meistens abweisend und wies wiederholt Erregungszustände läppischheiteren Charakters auf mit Neigung zu impulsiven Verkehrtheiten und Gewalttaten, verworrenen Reden und Gehörs-Halluzinationen. Wiederholt war ihr Verhalten ausgesprochen negativistisch. Nach 4-monatlichem Anstaltsaufenthalt trat eine weitgehende Besserung ein, die eine Genesung vortäuschte. Schon nach 3 Monaten machten erneute Erregungszustände die Wiederaufnahme in die Anstalt nötig, in welcher sie sich jetzt dauern dbefindet. Haltungsstereotypien, Negativismus, Mutacismus, Stumpfheit kennzeichneten den Zustand. Späterhin wurde die Kranke zeitweise etwas freier und beschäftigte sich auch, sie blieb aber träumerisch, präoccüpiert, wenig zugänglich, wortkarg, leicht-erotisch und wurde von Gehörstäuschungen beeinflußt. Immer wieder traten Erregungszustände mit verworrenen, zerfahrenen Reden, läppisch-alberner Färbung und Neigung zu impulsiven

Handlungen auf. Eine — unter Berücksichtigung der Struma — Thyreoidin-Kur blieb wirkungslos. Die Symptome des Negativismus, Mutacismus, die Stereotypien, die läppisch-heiteren Erregungszustände mit Zerfahrenheit des Redens und der Neigung zum impulsiven Handeln, die beim zweiten Anfall rasch eintretende schwere Verblödung sichern die Diagnose einer in Schüben verlaufenden Dementia praecox und zwar in ihrer katatonen Form.

Fall 10.

Rw. geb. 4. II. 75. Schneiderlehrling.

6. XII. 92 aufgenommen. Erblich nicht belastet, geistig und körperlich normal entwickelt, bisher stets gesund. Ersten Spuren der Erkrankung am 22. XI. 92. Onanierte viel. Vorher ausgesprochen religiöse Neigungen, eifriger Besucher des Jünglingvereins, erzählte unter anderen: „Er hätte aus Augen des Priesters Flammen sprühen sehen. —“ Am 22. XI. verweigerte er plötzlich Nahrung, da er sich durch Wassergenuß Magen erkältet hätte, wird tobsüchtig, trennte seine Kleider auf, schlug Meisterin Lampe aus der Hand, wirft Bett und Stühle umher, schreit: „Weg du Satan!“ Griff Umgebung an.

27. XI. 92 Krankenhaus A. — Besonders anfangs sehr erregt, sprang in die Höhe, warf sich zur Erde, lief mit Kopf gegen Wand, durch Fensterscheibe, schlug mit Kopf auf Diele, riß Kleider entzwei und schrie: „Ich bin ein Schwein — will doch ein Mensch sein!“ Zwangsjacke. Später etwas ruhiger, steht im Zimmer umher, oft ganz tief gebückt, reibt Stirn an Wand, ließ alles unter sich. Erzählte: „Sei von Gott besonders bevorzugt, vom Heiland gesandt, müsse alles erlösen, die Schlange wäre der Satan. Schlief nicht. Zuletzt ruhiger, mußte gefüttert werden.

Bei Aufnahme — 6. XII. 92 — und unterwegs ruhig.

Status: Schwächlich, anämisch, 36,5 kg., in Entwicklung zurück, pueriler Habitus, Ohrläppchen angewachsen, Kopf hinten steil abfallend; rechter Mundwinkel tiefer; Pupillen o. B., Zäpfchen hängt nach rechts. Inguinaldrüsen mäßig geschwollen, Bauch- und Cremasterreflex gesteigert. Finsterer Gesichtsausdruck, grimassiert viel. Ist nicht orientiert, hält sich nicht für krank. Anstalt sei Regierungsgebäude. Verkehrte Antworten. — „Stimmen gehört von anständigen Leuten, Dr. Gerhardt. Stets Tag und Nacht nicht mehr unterschieden, Pfaffe habe dran Schuld.“ Auf Frage wieso? „Auch durch eignen Reiz!“ — Weiter keine Antwort.

10. XII. Wiederholt tags und nachts laut, stört durch lautes Lachen, Singen, Schwatzen, recht verkehrt und verwirrt, sehr gehobener Stimmung. — Durchfallstühle, schmiert ab und zu mit Kot. Elendes Aussehen.

28. XII. Wiederholt sehr laut gesungen, gepfiffen, redet viel von schwarzen Frack, euphorisch, im Bett aufrecht, grimassiert viel, ißt gut, zerreißt täglich Hemd. Mit Klystieren rein.

27. I. 93. Unzugänglich, öfters mit Kot unsauber.

2. II. Heiter, neckt Umgebung, häufig unrein.

10. III. Wesentlich beruhigt, seit 3 Tagen draußen zur Arbeit.

19. 20. III. Etwas lebhafter.

28. III. Hält sich gut.

27. IV. Abends verstimmt: „Es gehe schlecht, müsse nach Hause“.

29. IV. Wieder guter Stimmung, fleißig zur Feldarbeit.

28. V. Jucken im After: „Habe kleine weiße Würmer,“ (im Stuhl nichts zu finden).

10. VI. Keine Klage, fleißig zur Feldarbeit.

13. VII. Als geheilt entlassen.

Patient, der erblich nicht belastet ist und sich normal entwickelte, erkrankte im 17. Lebensjahre subakut. Es zeigten sich auffällige religiöse Neigungen verbunden mit phantastischer Deutung von Sinneseindrücken, dazu gesellten sich hypochondrische Wahnideen, die zur Nahrungsverweigerung führten und ein ausgesprochener Tobsuchtsanfall mit triebartiger Zerstörungssucht und Neigung zur Selbstbeschädigung, Stereotypien in Bewegungen und der Haltung, Kleinheitsideen, Bevorzugungs- und Größenideen religiösen Inhalts, Grimassieren, Verkennung der Umgebung, Gehörshallucinationen, verworrenem Schwatzen mit dem Symptom des Vorbeiredens, unmotiviertem Stimmungswechsel zwischen Reizbarkeit und läppischer Euphorie. Nach 7-monatlicher Dauer der Erkrankung trat Genesung ein.

Nach den vorstehend geschilderten Symptomen muß die Erkrankung des Patienten zur Krankheitsgruppe der Dementia praecox gerechnet werden und zwar zu der katatonen Unterform. Bemerkenswert ist hier der günstige Ausgang.

Von den vorstehend beschriebenen 10 Fällen waren demnach dem manisch-depressiven Irresein 3 Fälle, der Amentia 1 Fall, dem hysterischen Irresein 3 Fälle und der Dementia praecox 3 Fälle zuzurechnen.

Ihrem Lebensalter nach befanden sich die Kranken zwischen 12 und 17 Jahren, der jüngste Fall von 12 Jahren gehört dem manisch-depressiven Irresein an, die beiden ältesten von 16 und 17 Jahren der Dementia praecox, die übrigbleibenden 7 Fälle waren im Alter von 14 und 15 Jahren.

Sämtliche Fälle zeigten einen ausgesprochenen kindlichen Habitus, es fehlt ihnen jedes das Eintreten der Pubertät ankündigende Kennzeichen, bei den Mädchen insbe-

sondere waren beim Ausbruch der Psychose die Menses noch nicht aufgetreten.

Auf die Geschlechter waren die Fälle gleichmäßig verteilt, nämlich 5 Knaben und 5 Mädchen, auf die einzelnen Gruppen der Psychosen war die Verteilung folgende: manisch-depressives Irresein 1 Knabe, 2 Mädchen; Amentia 1 Knabe; hysterisches Irresein 2 Knaben, 1 Mädchen; Dementia praecox 1 Knabe, 2 Mädchen.

Ueber die Heredität fehlten in 2 Fällen die Angaben, erblich angeblich nicht belastet waren 3 Fälle (1 Knabe manisch-depressives Irresein, 1 Knabe und 1 Mädchen Dementia praecox); erblich belastet waren 4 Fälle (1 Mädchen manisch-depressives Irresein — Vater an periodischem Irresein leidend —, 1 Knabe hysterisches Irresein — Vater Potator, Mutter und Großmutter melancholisch, Bruder (Zwilling) an Hysterie und Zwangsvorstellungen leidend —, 1 Mädchen hysterisches Irresein — Onkel und Tante geisteskrank, Eltern blutsverwandt —, 1 Mädchen Dementia praecox — Großvater geisteskrank —), außerdem lag in 1 Falle (Mädchen) Blutsverwandtschaft der Eltern vor. Die schwerste erbliche Belastung zeigte demnach das hysterische und manisch-depressive Irresein.

Die geistigen Anlagen sind in 4 Fällen (1 manisch-depressives Irresein, 2 hysterisches Irresein, 1 Dementia praecox) als gut bezeichnet, in 2 Fällen (1 manisch-depressives Irresein und 1 Dementia praecox) als normal, mäßige Begabung ist in 2 Fällen (1 manisch-depressives Irresein und 1 hysterisches Irresein) verzeichnet, in einem Falle (Dementia praecox) war die Kranke auf der Schule etwas zurückgeblieben, bei einem Falle fehlten die Feststellungen. Es befanden sich demnach keine Fälle darunter, die von Kindheit an ausgesprochene Symptome von angeborenen Schwachsinn

und bis zum Ausbruch der Geistesstörung ausgeprägte psychotischen Eigentümlichkeiten geboten hätten.

Was die Ausgänge der Psychosen betrifft, so konnten bei der Entlassung als geheilt bezeichnet werden: 5 Fälle, nämlich 1 Fall von manisch-depressivem Irresein, 1 Fall von Amentia, 2 Fälle von hysterischem Irresein, 1 Fall von Dementia praecox (Katatonie); als gebessert 2 Fälle von manisch-depressiven Irresein (1 davon in der Heimat genesen); in der Anstalt als voraussichtlich unheilbar sind 2 Fälle von Dementia praecox zurückgeblieben; 1 Fall von hysterischem Irresein ist an Tuberkulose gestorben.

Geht man auf die einzelnen Krankheitsgruppen näher ein, so ist bei der ersten, dem manisch-depressiven Irresein, eine ziemliche Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder zu bemerken. Fall 1 nähert sich dem circulären Typus, setzt mit einem starken Depressionszustande begleitet von Angst, Visionen, phantastischen Befürchtungen, Versündigungswahn ein und entwickelt im Anschluß an einen zweiten, weniger hochgradigen Zustand von Verstimmung einen ausgeprägten Anfall von Hypomanie, in welchem sich alle Ungezogenheiten des Kindesalters bis zur höchsten Potenz ausgebildet, darbieten. Die Anfälle von Bronchialasthma waren auf den Verlauf der Psychose nicht von ausschlaggebendem Einflusse. Fall 2 bietet im wesentlichen recidivierende Depressionszustände mit Angst, leichter sprachlicher Hemmung, sporadischen Gehörshalluzinationen, Ermüdbarkeit und leichter Ablenkbarkeit, nur zweimal waren kurze Einschläge von leicht manischer Färbung zu verzeichnen. Auffällig erscheint die Tatsache, daß unter sämtlichen Fällen die reine Melancholie, welche nach Ziehen[1]) im Kindesalter weit häufiger

[1]) Ziehen, Die Geisteskrankheit des Kindesalters Heft 2 S. 34.

als die Manie ist, nicht vertreten ist. Auch bei dem in Rede stehenden Fall, welcher noch am ehesten dazu hätte gerechnet werden können, vermag man wegen der wenn auch nur kurzen manischen Phasen die Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein nicht von der Hand zu weisen. Im 3. Falle endlich waren neben den akut einsetzenden Angstzuständen, delirante Vorstellungen, Sinnestäuschungen, Personenverkennung, Vergiftungsideen, mit äußerst heftiger Erregung nebst consekutiven Abwehrhandlungen bezeichnend. Auch hier handelte es sich um eine Serie von Anfällen, die sich rasch aufeinander folgten und von relativ kleinen Intervallen geistiger Klarheit unterbrochen waren. Friedmann[1]) hat neuerdings wieder auf diese Verlaufsformen der Psychosen bei Kindern hingewiesen. Die Beziehung dieses Falles zu ähnlichen Fällen von Ziehen usw. und seine Auffassung als periodische Paranoia oder Amentia ist bereits oben erwähnt worden. Bei Fall 4 (Amentia) fanden sich einzelne Symptome, welche den Verdacht auf Katatonie nahe legten, indessen sprach das übrige Krankheitsbild, die Aetiologie, der Verlauf und schließlich auch der Ausgang in Genesung dagegen. Wilmanns[2]) hat neuerdings vor der Ueberschätzung der einzelnen katatonen Symptome bei der Differentialdiagnose der funktionellen Psychosen gewarnt; namentlich bei den Kinderpsychosen erscheinen seine Ausführungen besonders beachtenswert, da Kinder vielfach schon im normalen Zustande Neigung zu Iterativen (Wiederholung der gleichen Verse, Melodien, derselben Bewegungsformen, Grimassieren usw.) zeigen, die dann in einer psychotischen Erregung noch stärker in Erscheinung treten können. Einzelne Kinderspiele bringen diese Neigung gleichfalls in aus-

[1]) A. a. O.

[2]) Wilmanns, Zur Differentialdiagnose der funktionellen Psychosen. Centralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie. N. F. Bd. 28 S. 569 Ff.

gesprochener Weise zum Ausdruk. Weygandt [1]) hat eingehend die Aehnlichkeit der katatonischen Symptome mit Erscheinungen, die auch in der normalen Kinderentwicklung auftreten und in frappanter Weise an katatonieforme Störungen erinnern, gewürdigt. Von diesem Gesichtspunkte aus wird man z. B. auch dem Symptom des Grimassierens, welches bei der Katatonie der Erwachsenen als übles prognostisches Zeichen angesehen wird, bei der Katatonie der Kinder nicht den gleichen Wert beimessen können. Man wird zwar z. B. das Gesichterschneiden des kindlichen Maniakus und die „gefrorenen" Grimassen des Katatonikers häufig auseinander halten können, immerhin ist jedoch die Deutung und Bewertung der katatonen Symptome besonders im Beginn der Psychose gerade bei Kindern recht schwierig, und man wird sie ohne Irrtümer zu begehen nicht zu ungunsten der übrigen Symptome in den Vordergrund stellen dürfen. So zeigt auch Fall 3 (manisch-depressives Irresein) und Fall 6 und 7 (hysterisches Irresein) namentlich die letzteren deutlich mehr oder minder katatone Züge, während die übrigen Symptome und der Verlauf gegen die Annahme einer Katatonie sprachen.

Wie bei dem manisch-depressiven Irresein boten auch die 3 Fälle von hysterischen Irresein in den Einzelheiten mehr oder weniger weitgehende Verschiedenheiten. Fall 5 kommt dem von Charcot als grande Hysterie bezeichneten Krankheitsbild nahe, Fall 6 zeigt die akute halluzinatorische Verwirrtheit der Hysteriker, Fall 7 weist im Beginn hauptsächlich den hysterischen Charakter auf, erst im weiteren Verlauf gesellten sich andere hysterische Symptome hinzu. Ausgesprochen hysterische Stigmata bot namentlich Fall 5, hysterische Krämpfe wurden bei Fall 5 und 7 beobachtet.

[1]) A. a. O.

Fall 7 ist ein Beweis dafür, wie weit der Unverstand der nächsten Angehörigen noch heutzutage gehen kann, indem sie das Kind anstatt in die Irrenanstalt zurückzubringen, wo es bereits mit ausgezeichneten Erfolge gewesen war, einer kurpfuscherischen Behandlung auslieferten, die es soweit herunterbringt, daß es in desolatem, halbverhungertem Zustande mit dem Symptomen einer akut verlaufenden Phtise der Irrenanstalt zugeführt werden muß, wo es, ohne daß Aussicht auf Rettung war, alsbald seinem Ende entgegengeht.

Die Anzahl der Fälle von Dementia praecox ist im Verhältnis zur Gesamtzahl auffällig niedrig, wenn man sich die entsprechenden Ziffern bei den Erwachsenen dagegenhält. Ueberdies kann man bei Fall 9 und 10 im Zweifel sein, ob man sie den eigentlichen Kinderpsychosen noch zurechnen darf, im Fall 9, der in Schüben verläuft, traten schon nach dem ersten größeren Anfall die Menses ein, Fall 10 befand sich, obwohl er einen kindlichen Habitus zeigte, bereits im 17. Lebensjahre. Da eine sichere Grenze zwischen Ausgang der Kindheit und Beginn der Pubertät nicht zu ziehen ist, so muß es unentschieden bleiben, ob man für diese beiden Fälle nicht die beginnende Pubertät in Anschlag bringen will. Vergleicht man jedoch beide Fälle mit Fall 9, der zweifellos noch in die Kinderjahre fällt, so ergibt sich eine weitere Bestätigung dafür, daß die Katatonie des Pubertätsalters, wenn man die beiden Fälle dahin rechnet, sich in keiner Weise von der des Kindesalters unterscheidet. Während nach Ziehen das Vorkommen der Hebephrenie im Kindesalter nicht häufig ist, konnte Raecke[1]) bereits 10 Fälle von Katatonie im Kindesalter mitteilen, dem sich Voigt[2]) mit mehreren Fällen anschloß. Die von dem letzten Autor hervorgehobenen Symptome einer abnorm frühen Pubertät

[1]) A. a. O. [2]) A. a. O.

waren übrigens im Fall 8 nicht vorhanden. Nach seinen Mitteilungen weisen die Frühformen des Jugendirreseins ebenso wie beim Erwachsenen katatone, hebephrene und paranoide Zustände auf.

Noch nicht genügend geklärt erscheint das Verhältnis des eigentlichen Jugendirreseins im Kindesalter zu der Dementia infantilis (Weygandt[1]); da aber zu dieser Frage kein weiteres Material beigebracht werden kann, soll hier nicht näher darauf eingegangen werden.

Die Therapie der geschilderten Krankheitsfälle bewegte sich in den üblichen Bahnen psychiatrischer Anstaltsbehandlung. Sie richtete ihr Hauptaugenmerk auf die Hebung des meist ganz erheblich gesunkenen Ernährungs- und Kräftezustandes und hatte in der Mehrzahl der Fälle gute Erfolge aufzuweisen, so daß Gewichtzunahmen bis zu 19 Pfunden beobachtet wurden. Erregungszustände wurden mit Bettruhe, warmen Bädern, feuchten Packungen behandelt und machten die Anwendung von Arzneimitteln in den meisten Fällen unnötig. Vereinzelt kamen kleine Gaben von Paraldehyd (3—4 gr.) oder Salfonal (0,5—1,0 gr.), in einem Falle (4) gelegentlich auch von Scoplamin (Hyscin) ($^1/_2$—1 mgr per dos.) mit günstiger Wirkung namentlich gegen die nächtliche Unruhe und Schlaflosigkeit zur Verwendung. Alle Kranken verblieben für die Dauer oder doch den größten Teil ihres Anstaltsaufenthaltes in den Wachabteilungen unter stetiger Ueberwachung bei Tag und Nacht. Sie hat abgesehen von gelegentlich hervortretender Suicidneigung, was besonders auch Raecke[2]) betont aus Gründen erfolgreicher

[1]) Weygandt, Idiotie und Dementia praecox. Zeitschr. für die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns. Band 1, Heft 9, Seite 3—9.

[2]) Raecke, Diagnose und Behandlung der kindlichen Seelenstörungen. Deutsche med. Wochenschrift 1908 S. 905.

Ernährung und Pflege und namentlich auch der Bewahrung der Kinder vor allerlei Allotria, Unarten und Unsauberkeit usw., endlich auch aus dem Umstande des Zusammenseins mit erwachsenen Geisteskranken als durchaus notwendig und nützlich sich erwiesen. Dabei hat sich im allgemeinen gezeigt, daß bei sorgfältiger Individualisierung der Kranken, die Gefahren und Nachteile, die der gemeinsamen Verpflegung mit Erwachsenen den Kindern drohen, sich auf ein Minimum einschränken lassen und nicht selten ist beobachtet worden, daß namentlich auf der Frauenseite in der Genesung befindliche Kranke mit lebhafter Fürsorge sich der Kinder annehmen. Immerhin ist nicht zu leugnen, daß jederzeit Situationen auftreten können, deren Zeugen die Kinder besser nicht sind, und daß namentlich nach der erotischen und sexuellen Seite hin sie gelegentlich doch Worte und Redensarten aus dem Munde Erwachsener zu hören bekommen, die ihnen sicherlich besser vorenthalten bleiben. Damit komme ich zum Schluß zur Frage der Unterbringung geisteskranker Kinder, die mit der Erforschung der Kinderpsychosen und ihrer Behandlung in engstem Zusammenhange steht. Noch ist die Zahl der in psychiatrische Anstaltsbehandlung in die Irrenanstalten gebrachten geistig erkrankten Kinder auffällig gering, im Verhältnis zu der Zahl der Krankheitsfälle. Die Gründe hierfür sind im Eingang der Arbeit angegeben. Ohne Zweifel spielt hierbei auch noch das Fehlen besonderer Kinderabteilungen in den Anstalten eine Rolle. Alt[1]) fordert die Angliederung einer solchen zweckentsprechenden Jugendabteilung an eine Heil- und Pflegeanstalt für Erwachsene, also die Behandlung jugendlicher

[1]) Alt, Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken, Epileptischer und Idioten in gemeinsamer Anstalt. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 66. 1909. S. 437.

und erwachsener Geisteskranken, Epileptischer und Idioten in gemeinsamer Anstalt.

Auf Grund der an hiesiger Landesirrenanstalt gemachten Erfahrungen kann man der Unterbringung von geisteskranken Kindern in besondere Jugendabteilungen nur das Wort reden. Es läßt sich, wie schon angedeutet, nicht vermeiden, daß ein einzelnes geisteskrankes Kind unter Erwachsenen, besonders in der Erregung befindlichen weiblichen Kranken in sexueller Hinsicht, und auch sonst, mancherlei sieht und hört, was ihm sicherlich nicht dienlich ist. Ist das Kind dann in der Reconvalescenz, so fehlt ihm der Umgang und das Spiel mit Altersgenossen. Besondere Abteilungen für geisteskranke Kinder an jeder einzelnen Anstalt zu errichten, ist schon deswegen nicht angängig, weil wie erwähnt, die Zahl dieser Kranken zu gering ist. Es empfiehlt sich daher zu diesem Zwecke größere Aufnahmebezirke zusammenlegen und zunächst z. B. in jedem Kreis oder in jeder Provinz einer Anstalt eine solche besondere Kinderabteilung anzugliedern. Mit dem Bekanntwerden einer solchen Einrichtung wird die Inanspruchnahme und somit auch das Vertrauen zu der Anstaltsbehandlung geisteskranker Kinder ganz von selbst zunehmen zum Nutzen und Frommen der Kranken und gleichzeitig zur Förderung der psychiatrischen Wissenschaft und ihrer praktischen Erfolge. Wo zur Zeit schon Anstalten für Jugendliche, für schwachsinnige und epileptische Kinder unter psychiatrischer Leitung bestehen, werden diese Sonderabteilungen für geisteskranke Kinder je nach den örtlichen und sonstigen speziellen Verhältnissen des Landes mit gutem Erfolge auch diesen Anstalten angeschlossen werden können.

Die Ergebnisse der vorstehenden Arbeit lassen sich demnach unter Berücksichtigung der in der Literatur enthaltenen Feststellungen dahin zusammenfassen:

1. Beim manisch-depressiven und dem hysterischen Irresein der Kinder sind in der gleichen Weise wie bei den Erwachsenen die verschiedensten Varietäten zu beobachten. Das manisch-depressive Irresein der Kinder hat außerdem noch die besondere Neigung in rasch aufeinanderfolgenden Anfällen, die von kurzen Intervallen geistiger Gesundheit unterbrochen sind, zu verlaufen.

2. Katatonische Begleiterscheinungen finden sich sowohl bei der Amentia wie beim manisch-depressiven Irresein, ganz besonders aber beim hysterischen Irresein der Kinder. Sie können für die Beurteilung der Krankheitsform an und für sich noch weniger ausschlaggebend sein wie bei Erwachsenen, da schon normaler Weise in einzelnen Kindheitsepochen Neigung zum Hervorbringen von katatonieformen Symptomen besteht, die in psychotischen Zuständen noch stärker hervortreten kann.

3. Aus der beschriebenen Neigung ist vielleicht zu erklären, daß die katatone Form der Dementia praecox im Kindesalter bei weitem überwiegt, während die eigentlich hebephrenen und paranoiden Formen ungleich viel seltener sind.

4. Es empfiehlt sich die einer Anstaltspflege bedürftigen geisteskranken Kinder, deren Zahl eine verhältnismäßig kleine ist, in besonderen Kinder- oder Jugendabteilungen unterzubringen. Diese Kinder- oder Jugendabteilungen können sowohl den unter ärztlicher psychiatrischer Leitung stehenden Anstalten für jugendliche Schwachsinnige und Epiliptische, als auch den Irrenanstalten angegliedert werden. In letzterem Falle wird dem vorhandenen Bedürfnisse voll-

auf genügt, wenn für jeden größeren Aufnahmebezirk (Kreis, Provinz) zunächst je eine möglichst zentralgelegene Landesanstalt zu diesem Zwecke bestimmt und eingerichtet wird.

Zum Schlusse der Arbeit verfehle ich nicht, den Herren Direktor Dr. Zinn u. 1. Oberarzt Dr. Riebeth zu Eberswalde auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen für die liebenswürdige Ueberlassung des Themas und die gütige Unterstützung bei seiner Bearbeitung.

Lebenslauf.

Heinrich Ehlers wurde am 8. Juli 1883 in Adersstedt Kr. Oschersleben als Sohn des verstorbenen Landwirts Heinrich Ehlers geboren. Den ersten Unterricht genoß ich in der Schule meines Heimatortes und besuchte dann, nachdem ich ca. 10 Monate privatim unterrichtet worden war, von Ostern 1893 ab das Kgl. Preuß. Domgymnasium zu Halberstadt, wo ich am 10. September 1902 das Reifezeugnis erlangte. Nach 11 semestrigem Studium an den Universitäten Würzburg, Göttingen, Bonn, Erlangen, Leipzig und Rostock beendete ich am 29. Mai 1908 das Staatsexamen vor der ärztlichen Prüfungs-Kommission zu Rostock. Während des praktischen Jahres wurde ich 4 Monate an der Rostocker Universitätsfrauenklinik, 5 Monate am Kreiskrankenhaus zu Wolmirstedt und 3 Monate an der Brandenb. Landesirrenanstalt zu Eberswalde beschäftigt. Seit dem 1. Juli 09 bin ich an den Brandenb. Provinzialanstalten bei Potsdam tätig.